

# **TESIS DE MAESTRÍA EN CIENCIA POLITICA**

**Universidad Nacional de San Martín (UNSAM), Escuela  
Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales (IDAES)**

## **TÍTULO:**

*Un análisis de la sanción de la Ley Nacional de Salud mental  
(2007-2010): consensos, conflictos y desafíos*

**Tesista: Lucio Laffitte**

**Directora: Dra. Andrea Lombraña**

**DICIEMBRE 2022**



## Índice

<b>Agradecimientos</b> .....	6
<b>Introducción</b> .....	8
Objeto de estudio y antecedentes .....	8
Metodología .....	15
Problema de investigación .....	17
Hipótesis/ Objetivo general y específicos .....	19
Síntesis de los capítulos .....	21
Glosario .....	26
<b>Capítulo 1: Principales lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental</b> .....	28
El escenario nacional previo a la Ley Nacional de Salud Mental .....	28
Objetivos, definición y alcance de la Ley no. 26.657 .....	32
El consumo problemático de sustancias .....	36
Los principios de la LNSM .....	40
El perfil garantista de la ley .....	47
Las internaciones .....	51
La institucionalidad de la LNSM .....	58
<b>Capítulo 2: Factores político-institucionales que posibilitaron la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental</b> .....	64
La política de derechos humanos en la década kirchnerista .....	64
Antecedentes normativos .....	68
El sistema de salud argentino .....	73
El rol de la Jefatura de Gabinete de Ministros .....	77
El Congreso nacional durante el proceso legislativo .....	86
El recorrido legislativo de la LNSM .....	89
<b>Capítulo 3: El posicionamiento de los actores intervinientes en el proceso legislativo</b> .	100
El lugar de los actores en el debate por la LNSM .....	100
El Movimiento de Desmanicomialización y Transformación Institucional .....	104
La intervención del CELS .....	109
Los casos de ADESAM y REDFUV .....	116
La oposición a la sanción de la LNSM .....	122
<b>Conclusiones</b> .....	136
<b>Bibliografía</b> .....	143



*A mi pareja, Karina,  
por haber hecho posible todo esto.*

*A mi hija, Ema,  
por toda la alegría que nos trajo.*



## **Agradecimientos**

Primero quiero agradecer a todo el personal del IDAES por haberme brindado las herramientas necesarias para llevar a cabo esta tesis de maestría. Sin la labor de sus docentes no habría podido llegar al final de este largo camino. También agradezco al personal administrativo de la institución por haberse siempre mostrado atento y amable a mis consultas. Esta institución ha sido motor y testigo de un cambio en mi forma de vincularme con la producción de conocimiento. Me llevo de allí ideas y recursos que me acompañarán toda la vida.

Deseo por supuesto también agradecer encarecidamente a la Dra. Andrea Lombraña, mi directora de tesis, quien asumió la dirección en un momento de incertidumbre. Gracias a sus palabras cálidas y certeras, comentarios, sugerencias, aporte bibliográfico y orientación en todo sentido fue posible finalizar este extenso proyecto.

No puedo dejar de incluir en mis agradecimientos a aquellas personas que accedieron a ser entrevistadas para esta investigación. Su testimonio fue esencial para reconstruir el proceso sociopolítico que aquí se analiza. Agradezco el tiempo prestado y la predisposición para transmitir sus recuerdos, testimonios y puntos de vista de un acontecimiento que en muchos casos marcó sus vidas.

Agradezco a mi familia y a mis amigos por haberme brindado en distintos momentos palabras de aliento para seguir adelante. A mis amigos, con quienes nos conocemos desde la carrera de psicología, por ser siempre un espacio de alegría y afecto. A mis padres, Alejandra y Willy, quienes siempre promovieron en mí la curiosidad por muchas de las cuestiones que convergen en esta tesis, y porque siempre respetaron mis decisiones respecto a los distintos proyectos en los cuales me embarqué, incluyendo por supuesto esta investigación. A mi hermano Hilario por haberme también acompañado a lo largo de este proceso.

Por último, agradezco a las dos personas a quienes esta tesis de maestría está dedicada, mi pareja y compañera de ruta, Karina, y Ema, mi hijita. A Karina no sólo por ser la persona con quien he decidido compartir mi vida, sino por haber sido la gran responsable de que finalmente me inscribiese en la maestría de ciencia política. Su ayuda para concretar esta tesis excede con creces las palabras para continuar adelante, algo que, por supuesto hizo, sino que ella misma ha sido para mí una fuente de inspiración y admiración que me permitió vencer miedos e inseguridades. Por eso, no me alcanzan las palabras de agradecimiento con

ella. Y a mi hermosa hija Ema, quien llegó a mi vida justo cuando esta investigación estaba llegando a su fin. Su arribo trajo a nuestras vidas amor y luz, por eso, a ella le agradezco. Con ella he iniciado el recorrido por el bello y a veces difícil camino de ser padre.

## Introducción

### Objeto de estudio y antecedentes del tema

El objeto de estudio de esta tesis de maestría consiste en analizar el proceso de debate que debió atravesar la Ley Nacional de Salud Mental (en adelante LNSM o Ley no. 26.657) desde el ingreso de los primeros proyectos de ley a través de la Cámara de Diputados de la Nación (en adelante CDN) en 2007, hasta la sanción definitiva en noviembre de 2010 en el Cámara de Senadores de la Nación (en adelante CSN), luego de que se votara por unanimidad el proyecto presentado por el diputado nacional de Tierra del Fuego y miembro del espacio político Solidaridad e Igualdad (SI)<sup>1</sup>, el psicólogo Leonardo Gorbacz. La Ley no. 26.657 es la primera normativa en materia de salud mental de cumplimiento obligatorio para todas las jurisdicciones subnacionales del país, cuyo contenido se encuentra en línea con múltiples tratados internacionales de derechos humanos suscriptos por el Estado argentino, tanto en materia de discapacidad como de salud mental, que persiguen asegurar el pleno goce de derechos de las personas con padecimiento mental<sup>2</sup>.

Previo a continuar con el desarrollo de los principios más relevantes de esta normativa, es necesario destacar que el proceso precedente a la sanción legislativa conforma uno de los principales puntos de esta investigación, porque para entender el porqué de esta ley es preciso conocer primero la disposición de fuerzas y los recursos con los que contaron los actores sociales e institucionales que participaron de este rico proceso, tanto de aquellos que promovieron la sanción de la LNSM como de quienes se opusieron. Por lo que, en este trabajo, y particularmente en el tercer capítulo, se analizan los puntos de vista de una selección de actores que tuvieron una participación destacada en el debate parlamentario. Al estudiar de cerca este acontecimiento sociopolítico se puede advertir que hubo dos posiciones

---

<sup>1</sup> Solidaridad e Igualdad (SI) es un espacio político creado en el 2007 luego de que un grupo de integrantes del partido Afirmación para una República Igualitaria (ARI) se alejara debido a un creciente malestar con el tipo de liderazgo ejercido por Elisa Carrió. En sus inicios formaron en la Cámara de Diputados un bloque de nueve legisladores que se acercó a otras fuerzas de centroizquierda y al kirchnerismo. El bloque jugó un rol importante para que el oficialismo de aquel entonces aprobara algunas de las leyes que tuvieron mayor trascendencia mediática y social. Leonardo Gorbacz, autor de la LNSM, una vez finalizado su mandato como diputado, pasó a formar parte de la JGM, en ese momento bajo la titularidad de Aníbal Fernández.

<sup>2</sup> En el texto de la ley se utiliza el término *padecimiento mental* y no otras categorías como *trastorno* o *enfermedad mental*. En torno a este punto se generaron toda una serie de controversias entre los distintos actores sociales que participaron de los debates parlamentarios precedentes a la sanción de la ley. Es que si hay algo que caracteriza al campo de la salud mental es la heterogeneidad de saberes, teorías y concepciones epistemológicas que existen en su interior.

antagónicas enfrentadas, y cuyos rasgos y toma de posición se terminaron de definir promediando el final del debate en la CDN, para llegar con posterioridad a la CSN con dos polos claramente definidos. Por un lado, las asociaciones de médicos psiquiatras (en adelante AMP) y el gremialismo médico, y por otro, un heterogéneo grupo conformado por organizaciones civiles de derechos humanos, asociaciones de víctimas y familiares, y finalmente, dependencias estatales vinculadas a la protección de derechos, que inscribieron a la salud mental en la agenda de derechos humanos.

Las tensiones en torno a la sanción de esta normativa se generaron incluso con la definición misma de salud mental, ya que Ley no. 26.657 contiene una concepción multidimensional de la salud mental que excede a factores psicológicos u orgánicos al incluir en su definición elementos históricos, socioeconómicos y culturales. Pero quizá lo más disruptivo de esta ley es su pretensión de transformar el sistema de salud mental argentino por medio del reemplazo del manicomio u hospital monovalente<sup>3</sup> por una red de dispositivos comunitarios o intermedios<sup>4</sup>, que aseguren la continuidad del lazo del sujeto con su entorno socioambiental. Para su diseño los legisladores y sus asesores partieron de una base según la cual el manicomio era una institución que predisponía ciertas condiciones para que se produjeran en su interior violaciones sistemáticas a los derechos humanos. De allí que la sanción de la Ley no. 26.657 no se puede escindir ni comprender del fortalecimiento de una agenda de derechos humanos que fue adquiriendo un mayor peso en el diseño de leyes conforme se iban sucediendo los gobiernos kirchneristas.

Las instituciones monovalentes han acaparado la función de realizar el diagnóstico y tratamiento de personas con una problemática de salud mental en detrimento del desarrollo de estrategias terapéuticas alternativas al modelo hospitalo-céntrico. Por ello, el tramo más controvertido de la normativa lo constituye el cierre definitivo de todos los hospitales monovalentes en territorio argentino, y la consecuente transferencia a los hospitales generales

---

<sup>3</sup> Los hospitales monovalentes son instituciones de salud abocadas al tratamiento de una sola especialidad ya sea de salud mental o clínica. Tal es el caso de los hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Santa Lucía –oftalmología– y Udaondo –gastroenterología–. Los hospitales Alvear, Moyano y Borda, por ejemplo, son instituciones hospitalarias monovalente de salud mental.

<sup>4</sup> Por dispositivo intermedio o alternativo se entiende todo aquel efector de salud con inserción en la comunidad que no implique el encierro compulsivo del sujeto en un medio institucional. Algunos ejemplos de este tipo de recurso terapéutico no restrictivo son: hospital de día, casa de medio camino, centro de día, residencia asistida, equipos interdisciplinarios itinerantes, entre otros.

de brindar el servicio de internación por cuestiones de salud mental –ya sea de carácter voluntaria e involuntaria– cuando se presente una situación de riesgo para sí y/o para terceros. La sanción de la LNSM no fue un episodio aislado. A principios de siglo se vislumbraron en Argentina transformaciones en la forma de entender el rol del Estado respecto a lo público. Con algunas iniciativas de menor impacto que en otras áreas de políticas sociales, el sector salud fue también un espacio de cambios y tensiones, de consensos y disensos, donde la recuperación de la noción de “derecho fundamental” se materializó en iniciativas que se propusieron igualar de manera efectiva las condiciones en las cuales se ejerce el derecho a la salud (Chiara, 2013). La salud mental<sup>5</sup>, una parte integrante del sector salud, no fue ajena a este reposicionamiento estatal. Por lo que, los cambios acontecidos en el campo de la salud mental, por medio de la sanción de una ley nacional, fueron en parte traccionados por movimientos provenientes tanto del campo sanitario como el de los derechos humanos. De este modo, la Ley No. 26.657 puede ser considerada, al mismo tiempo, como el principal producto de la reorientación del sentido de las políticas públicas en materia de salud mental durante la etapa kirchnerista. La discusión parlamentaria precedente a la sanción de esta ley, la cual se pretende estudiar en este trabajo de investigación, permitió entrever la disposición de fuerzas dentro del heterogéneo y conflictivo campo de la salud mental argentino. De allí que recuperar estos debates parlamentarios permitirá, entre otras cuestiones, comprender por qué a más de 10 años de la sanción de la Ley No. 26.657 ha sido tan pobre el avance en la implementación<sup>6</sup> de una legislación que, en definitiva, fue votada por unanimidad en ambas cámaras del Congreso nacional.

Las preguntas que me surgieron a partir de esta situación no se deben solamente a mi formación disciplinar de grado –psicología–, sino que también responde a que desde el 2013 hasta la actualidad me desempeño laboralmente en uno de los emergentes institucionales de la sanción de la LNSM, a saber: la Unidad de Letrados Art. 22° de la Ley 26.657, un

---

<sup>5</sup> Considero que la noción de campo de Bourdieu (1987) resulta adecuado para referirme al sistema de relaciones sociales que configuran al campo de la salud mental argentino, toda vez que se trata de un espacio con autonomía relativa definido por las actividades estructuradas y reguladas al interior de este. El campo de la salud mental posee su propia estructura organizativa, reglas normativas y un lenguaje característico que orientan las prácticas y representaciones de los actores sociales que lo componen.

<sup>6</sup> En la reglamentación del artículo 27 de la LNSM (Decreto reglamentario 603/2013) se establece el año 2020 como fecha límite para el cierre y sustitución definitiva de todos los manicomios en territorio argentino. Este incumplimiento de los objetivos planteados por la normativa se debe a conflictos gremiales y corporativos que entorpecieron todo el proceso de implementación.

organismo que se encuentra en la órbita de la Defensoría General de la Nación o Ministerio Público de la Defensa (en adelante DGN)<sup>7</sup>.

Esta dependencia se encarga de brindar patrocinio jurídico a las personas internadas involuntariamente en efectores públicos y privados en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante CABA). De allí que mi espacio laboral –si bien está circunscripto a una sola jurisdicción subnacional– me ha permitido adentrarme y conocer con cierto detalle una diversidad de instituciones que, en el plano formal, tendrían que haber sido alcanzadas por los preceptos cristalizados en la LNSM. Es en este marco que pude llegar a conocer los puntos de vista sobre esta ley de una gran cantidad de operadores del campo de salud mental –psiquiatras; trabajadores sociales; psicólogos; enfermeros; dueños de clínicas privadas; directores y subdirectores de hospitales de salud mental; jefes de salas clínicas; jueces civiles; defensores de menores e incapaces; familiares de usuarios; entre tantos otros– que circulan en su cotidiano por este heterogéneo campo, y sobre cuyas vidas laborales la aplicación –o no aplicación– de la LNSM tiene una incidencia tangible. De la misma manera que lo tiene en las vidas de miles de usuarios que padecen una problemática de salud mental, sobre todo de aquellos cuyos cuadros psicosociales requieren de abordajes terapéuticos que superan a los dispositivos más tradicionales como el hospital o una mera consulta externa. Después de años de intervenir en instituciones como los hospitales monovalentes José T. Borda y Braulio M. Moyano, observo con cierta claridad que la aplicación de una normativa como la LNSM ayudaría a resolver una problemática que afecta particularmente al sector público, a saber: los denominados “pacientes sociales”, es decir, personas que están en condiciones de alta pero que a causa de una falta de oferta de recursos terapéuticos ambulatorios quedan “atrapados” por años –o décadas– en un hospital, una institución que en definitiva debiera funcionar como un dispositivo que aborde situaciones de salud agudas; aunque, en la práctica, debido a procesos sociohistóricos, terminó operando como un lugar de alojamiento permanente para muchas personas. Por este motivo, las instituciones de salud mental monovalentes vienen siendo desde hace décadas blanco de fuertes críticas

---

<sup>7</sup> El Ministerio Público de la Defensa es una institución estatal autárquica y funcionalmente autónoma de base constitucional (artículo 120 de la Constitución Nacional) cuya función es promover la defensa y protección de los derechos humanos y garantizar el acceso a la justicia y la asistencia jurídica integral, en casos individuales y colectivos, de acuerdo con los principios, funciones y previsiones establecidas en la Ley nro. 27149 (Ley Orgánica del Ministerio Público de la Defensa).

provenientes tanto desde la sociedad civil como del ámbito académico, e incluso desde los distintos poderes del Estado. Entre otras cosas, se les cuestiona su capacidad para restituir en un plazo razonable a los sujetos a la vida comunitaria (Amendolaro, 2013).

Sin embargo, en tanto operador judicial que interviene a diario en el sistema de salud mental porteño, encuentro llamativo los escasos avances que se observan tanto en términos de creación de nuevos dispositivos superadores al manicomio, como puede ser el desarrollo de salas de internación en hospitales generales o cualquier tipo de indicio que diera cuenta de un menor protagonismo del hospital monovalente en el esquema de atención. Tampoco he podido atestiguar que hubiese un mayor acceso de disciplinas como psicología o trabajo social a los cargos de conducción de servicios o instituciones –una prerrogativa que se encuentra explicitada en el texto de la ley–, reservados casi siempre y con exclusividad a los médicos psiquiatras, principales operadores del campo de la salud mental y, como se verá a lo largo de esta investigación, férreos opositores a la sanción de la Ley no. 26.657.

En este punto es válido preguntarse ¿De qué manera se logró votar por tanto margen una legislación contraria a los intereses de las asociaciones de psiquiatría? ¿Cómo no pudieron, a pesar de ser el grupo más influyente en el campo de la salud mental, evitar que el Congreso nacional sancionara una legislación a la cual le habían volcado numerosas críticas, incluso graves señalamientos como ser portadora de un espíritu “antipsiquiatría”? Y si este grupo no fue el principal promotor de la aprobación de la LNSM, ¿cuáles fueron los actores, sociales o institucionales, que estuvieron detrás de la sanción de una normativa sustentada en una notable perspectiva de derechos humanos? ¿Cuáles fueron sus motivaciones, recursos y estrategias desplegadas en la arena legislativa que les permitió en última instancia cumplir el objetivo de sancionar una ley con fines desinstitucionalizantes? ¿Por qué motivo este grupo o grupos optaron por recurrir al Congreso nacional si las políticas públicas de salud mental – así como las de salud en general– dependen mayormente de los Estados provinciales debido al proceso de descentralización de los servicios de salud<sup>8</sup>?

Gracias a la labor que desempeño desde hace años en la Unidad de Letrados he llegado a divisar con cierta preocupación cómo el orden institucional tal como se encuentra

---

<sup>8</sup> La descentralización del servicio de salud de la órbita nacional a la provincial constituye un proceso que se terminó de consolidar en los años noventa y que no fue acompañado por el diseño de mecanismos eficaces de coordinación; por lo tanto, se configuró un universo de respuestas disimiles en la gestión en salud tanto en las provincias como en los municipios (Bisang y Cetrángolo, 1997).

configurado hoy día puede muchas veces adquirir una dinámica “anti-sanitaria” y conspirar contra los propios fines que dice perseguir, en especial contra los sectores más vulnerables de nuestra sociedad que deben lidiar no sólo con una discapacidad psicosocial, sino también convivir con situaciones de pobreza e indigencia. Es precisamente esta situación la que me ha llevado a plantearme diferentes preguntas y delinear el objeto de estudio en torno al cual versa esta investigación, dado que sospecho que para comprender los motivos que explican los pobres avances en la implementación de la Ley no. 26.657 es necesario remontarse a su génesis e indagar cómo fue el proceso que la antecedió, y que nos ha llevado, en definitiva, a encontrarnos en un escenario en extremo contradictorio donde existe una normativa considerada por muchos como de vanguardia pero que, ya sea por desidia, negligencia o presiones sectoriales no se ha aplicado aún de manera integral.

Cabe señalar que no se han recabado trabajos académicos relevantes que aborden desde la ciencia política el tema de investigación de este trabajo. Tampoco hay una abundante literatura que analice este acontecimiento desde otra disciplina como la sociología o la antropología. No obstante, Silvia Faraone (2012), asesora del diputado Leonardo Gorbacz, y participe en la redacción del proyecto de ley, es autora de un breve artículo académico que analiza los discursos desplegados en las dos cámaras legislativas. Este trabajo fue un valioso insumo que operó como disparador para emprender esta investigación. Por otra parte, Alfredo Kraut ha elaborado algunos trabajos vinculados al campo de los derechos humanos y la salud mental (Kraut 2004, 2006a, 2006b). Si bien su producción académica versa principalmente en torno a cuestiones jurídico-doctrinarias, el autor reflexiona en algunos de sus trabajos sobre las tensiones intersectoriales que precedieron a la sanción de la LNSM, como en el caso del artículo “*Derecho de las Personas con Discapacidad Mental: hacia una legislación protectoria*”, donde se realiza un análisis de como la Ley no. 26.657 lo que hizo fue adecuar la legislación nacional a los principios de los tratados internacionales de derechos humanos de los cuales Argentina es parte.

Por otro lado, existe una rica producción de trabajos etnográficos sobre institucionalización, control social y situaciones de confinamiento, probablemente *Internados* de Erving Goffman (2012) sea uno de los más influyentes en este campo. Las instituciones de encierro, como los manicomios y las cárceles, son desde hace mucho tiempo un objeto de interés para las ciencias sociales y, si bien este tipo de investigaciones no se vincula directamente al objeto

de estudio de esta tesis de maestría, su aporte teórico a partir de lo vivencial ha sido un insumo de relevancia para los movimientos sociales críticos a la institución manicomial, cuyas experiencias y puntos de vista son volcados en el presente trabajo. El abordaje etnográfico estudia las lógicas institucionales y el modo en que éstas inciden en las prácticas profesionales, la forma en que se realizan las intervenciones y se administran los tratamientos, las interacciones entre pacientes y profesionales y la experiencia de los diferentes actores involucrados, lo cual ha contribuido al diseño de servicios de salud más eficientes, inclusivos y respetuosos de los derechos humanos (Mantilla, Alonso; 2012; Dingwall y Murphy 2007).

Vinculado a este tipo de literatura existe una producción académica que ha investigado cómo el Estado delegó a la psiquiatría la función de control y vigilancia sobre un grupo social históricamente considerado como “peligroso” (Foucault, 2010; Galende, 2006; Szasz, 2013). Sin embargo, otros estudios más recientes han puesto en duda la eficacia del Estado argentino y del poder médico para ejercer de manera efectiva el control sobre las conductas y cuerpos de las personas con una problemática de salud mental (Ablard, 2008). En una línea teórica, De Lellis (2018) ha señalado la presencia en Argentina de un *movimiento de salud mental* que ha cuestionado sistemáticamente las formas tradicionales de abordar la enfermedad mental, basadas principalmente en un enfoque restaurativo que ha descartado lo preventivo, y cuyo agente de ejecución ha sido principalmente la psiquiatría. Estos y otros trabajos se vuelven relevantes de cara al presente objeto de estudio puesto que, como se indicó anteriormente, las asociaciones de psiquiatras jugaron un rol preponderante en el debate parlamentario de la LNSM, fundamentalmente por su intencionalidad de bloquear el avance y sanción del proyecto que impulsaban las organizaciones de derechos humanos.

Por último, me interesa mencionar los trabajos académicos que han realizado un valioso aporte al estudio del proceso de producción legislativa que, si bien no están focalizados en el proceso legislativo que antecedió a la LNSM, constituyen útiles marcos teóricos de referencia para la elaboración del objeto de estudio. En particular se han utilizado en esta investigación los trabajos de Mariana Berdondini (2015) y de Renata Hiller (2013) que, a partir de un exhaustivo análisis de las discusiones parlamentarias más paradigmáticas de la década kirchnerista –matrimonio igualitario y la ley de servicios audiovisuales–, analizan las relaciones entre actores estatales y sociales que conforman el entramado democrático

representativo contemporáneo y que atraviesan también la discusión de la LNSM. A estos trabajos ha de agregarse la abundante literatura que aborda el funcionamiento del Parlamento y cuyos desarrollos teóricos también nutren este objeto de estudio (Shugart y Carey, 1992; Llanos, 1998; Mustapic, 2000; Cox y Morgenstern, 2001; Tsebelis y Áleman, 2005; Saiegh, 2010).

## **Metodología**

Este trabajo presenta un diseño metodológico mayormente cualitativo toda vez que se trató de identificar y analizar, desde el punto de vista de los protagonistas de los debates previos a la sanción de la LNSM, cuáles fueron los motivos que permitieron que se sancionara una normativa de esta naturaleza. Para ello, se utilizaron fuentes primarias y secundarias que diesen cuenta del posicionamiento que adoptaron los distintos actores sociopolíticos intervinientes en el proceso de discusión que desembocó en la sanción de la LNSM. Las fuentes primarias se encuentran conformadas en gran parte por las versiones taquigráficas de las audiencias públicas convocadas por las comisiones senatoriales<sup>9</sup>, así como de las sesiones de votación. De manera complementaria se apeló a diarios nacionales y sitios de internet especializados tanto en cuestiones de salud mental, así como de actividad legislativa. También se analizaron documentos, comunicados, manifestaciones públicas y actos organizados por los actores sociales y políticos intervinientes. Legislaciones afines a la LNSM, tratados internacionales y proyectos de ley de salud mental que no prosperaron fueron también parte de los recursos documentales utilizados.

El análisis se llevó a cabo por medio de técnicas documentales y de contenido con el fin de identificar los posicionamientos político-ideológicos de los actores en pugna para arrojar luz sobre las estrategias de activismo, prácticas políticas, puja de intereses, cooperación y conflictos entre los actores. Se apeló también al análisis discursivo a efectos de reconstruir

---

<sup>9</sup> Las audiencias del Senado nacional incluidas en este trabajo y durante las cuales expusieron numerosos actores sociales y políticos con diversas adscripciones fueron en total cuatro. Cabe señalar que todas se sucedieron hacia finales del año legislativo. La primera tuvo lugar en el salón Eva Perón el 24 de noviembre de 2009 en la comisión de salud y deporte, siendo aún la presidenta de la comisión la senadora y médica cordobesa Haydée Giri, cuyo mandato estaba por vencer; la segunda ocurrió el 1 de diciembre de 2009 en el salón Illia; la tercera aconteció en la misma comisión el 19 de octubre de 2010, pero con el radical José Cano en la presidencia correspondiente; y la cuarta y última fue el 23 de noviembre de 2010 y consistió en un plenario de las comisiones de legislación general, justicia y asuntos penales, de presupuesto y hacienda y, finalmente, de salud y deporte, donde se trató el proyecto de ley antes de ser aprobado.

los principales núcleos argumentales que convergieron en la arena legislativa. El principal insumo para este objetivo fueron las versiones taquigráficas de las audiencias públicas acontecidas en la CSN. Si bien el acceso a estos documentos legislativos se obtuvo de manera digital —a través de los sitios web de la Cámara de Diputados de la Nación y del Senado nacional—, es posible apelar aquí a la definición de archivo, en tanto espacio que resguarda la producción, organización y conservación de objetos (en la mayoría de los casos papeles manuscritos o impresos) que dejan constancias, documentan, ilustran las acciones de individuos, familias, organizaciones y dependencias del Estado (Da Silva Catela, 2002: 384). El enfoque analítico implementado consistió en realizar una lectura en profundidad de todas las exposiciones e identificar las categorías principales en torno a las cuales se produjeron tensiones y divergencias, a saber: derechos humanos; diagnóstico en salud mental; ; trabajo interdisciplinario; consumos problemáticos de drogas; incumbencias profesionales; internaciones involuntarias; uso de psicofármacos; capacidad jurídica; continuidad/discontinuidad de los hospitales monovalentes; creación de organismos de control; entre otros. A partir de los argumentos esgrimidos a favor y en contra de estos elementos fue posible identificar dos grandes campos o polos que se conformaron para apoyar y oponerse a la sanción de la Ley no. 26.657. Seguidamente se buscó extraer cuáles fueron los recursos argumentales de cada grupo con el fin de ponerlos en diálogo con el contexto sociopolítico imperante al momento del debate, ya que este fue en gran medida un condicionante del éxito o fracaso de las estrategias desplegadas en la arena legislativa.

A las audiencias públicas se accedió por medio de las versiones taquigráficas confeccionadas por el equipo de taquígrafos parlamentarios, quienes realizaron un minucioso registro escrito de las intervenciones orales de múltiples actores en el marco de las sesiones legislativas, así como de las reuniones acontecidas en las diferentes comisiones donde se trató el proyecto de ley. La función esencial de los taquígrafos parlamentarios es “traducir” debates orales de cuerpos colegiados de decenas o cientos de miembros —muchas veces desordenados, con voces superpuestas y plagados de impresiones sintácticas y semánticas— a textos escritos de significado razonablemente preciso, adecuados para dar fe pública de los actos parlamentarios y de los fundamentos invocados para la sanción de las leyes (Castellano, 2004). Por otro lado, consideré necesario ampliar las fuentes y utilizar otras normativas en materia de salud mental nacionales e internacionales, proyectos de ley que finalmente no

fueron sancionados, actas de organizaciones abocadas a la cuestión de la salud mental, artículos periodísticos, entre otras fuentes. En este sentido, ya sea que se analicen resoluciones, disposiciones internas, normativas o causas judiciales, es necesario anclar esas producciones no sólo en el contexto político mayor en el que fueron producidas, sino también en las dinámicas burocráticas que les han dado origen, para lo cual es posible recurrir a otras técnicas de indagación como la entrevista a agentes del Estado (Muzzopappa, Villalta; 2011), o en el caso de esta investigación, a actores sociales que tuvieron una interacción directa con agentes estatales.

De este modo, lejos de un enfoque metodológico totalizador donde el archivo o documento se vuelve la vía exclusiva de acceso al acontecimiento sociopolítico que se desea analizar, y con el fin de recuperar el punto de vista de los propios actores partícipes de este proceso, se realizaron asimismo entrevistas semiestructuradas a actores que intervinieron en la aprobación de la ley. De esta manera se buscó sortear la formalidad inherente a la lógica parlamentaria, que no sólo significó para los expositores invitados una limitante en términos temporales –cada invitado a las exposiciones senatoriales contaba con 10 minutos de tiempo, a veces menos–, sino que también había otras cuestiones que hacían al objeto de estudio de esta investigación, como por ejemplo los recursos de movilización con los que contaba cada organización, que sólo pueden ser recuperados a través de un testimonio oral en un ámbito diferente al parlamentario, donde los oradores, en definitiva, se encontraban constreñidos a referirse a determinadas cuestiones y omitir otras. En suma, la metodología y técnicas de investigación propuestas para retratar el proceso legislativo de la LNSM se conformaron por el análisis documental ya referenciado, el cual fue entrecruzado de un modo dinámico con las perspectivas de los distintos actores que formaron parte del debate parlamentario.

### **Problema de investigación**

El problema central que atraviesa esta investigación versa sobre los motivos que llevaron a la sanción de una normativa cuyos principales lineamientos se oponían a los posicionamientos teóricos, ideológicos e intereses de las organizaciones que contenían a los principales operadores del campo de la salud mental, a saber: los médicos psiquiatras. Al remitirse a dos de las principales fuentes de esta investigación, las versiones taquigráficas del Senado nacional y las entrevistas, rápidamente se advierte que en torno al proyecto de ley

presentado por el diputado fueguino Gorbacz se conformaron dos grandes polos, uno a favor y otro en contra del proyecto. Mientras que el primero de los grupos se encontraba conformado por una heterogeneidad de actores y organizaciones, el segundo era más bien homogéneo y lo componían en su casi totalidad organizaciones vinculadas a la medicina y a la psiquiatría.

Esta polarización y falta de puntos de acuerdo entre estos dos grupos, que atravesaron el proceso legislativo, contrastó con la posición unánimemente a favor de diputados y senadores. De hecho, la sanción de la LNSM no recibió ningún voto en contra –sólo una abstención del senador Artaza–, ni siquiera por parte de aquellos legisladores que habían asumido originalmente un compromiso con las asociaciones médicas para rechazar la sanción de la ley. Por lo que, paradójicamente, los legisladores desoyeron las posturas expresadas por las asociaciones de psiquiatras, quienes como se ha señalado, ocupan un lugar de hegemonía disciplinar en el campo de la salud mental, no sólo porque el saber orgánico-biológico posee un lugar preponderante en el entendimiento del fenómeno mental, sino porque estos actores ejercen funciones de dirección y coordinación en efectores públicos y privados, además de ser en algunos casos empresarios que gestionan clínicas privadas de salud mental y otros efectores. En cambio, los legisladores se inclinaron por un proyecto que fue apoyado por un abanico de actores no tradicionales, novedosos en muchos casos y con un historial de activismo social más bien escaso, pero que contaron a su favor con una agenda local teñida por el discurso de los derechos humanos y con una agenda internacional que hace un énfasis cada vez mayor en la protección de los derechos de grupos sociales considerados vulnerables, dentro de los cuales se ubican las personas con una problemática de salud mental.

De este modo, y a pesar de tratarse de un influyente actor social dentro del campo de la salud mental, las asociaciones de psiquiatras no lograron detener el avance del proyecto de ley presentado por Gorbacz, el cual no sólo incrementaba los controles de las internaciones de salud mental, sino que además planteaba la sustitución de los hospitales monovalentes –precisamente gestionados por psiquiatras– por un esquema de atención sanitaria alternativo, donde el servicio de internación por salud mental sería absorbido por los hospitales generales. Una medida que siempre ha sido resistida no sólo por las asociaciones de psiquiatras sino por la comunidad médica en general, que considera que el abordaje del fenómeno mental debe tener lugar en un hospital que atienda exclusivamente pacientes de salud mental.

Sin embargo, y a pesar de la histórica influencia de estas asociaciones sobre un actor institucional de peso en materia de políticas públicas sanitarias como es el Ministerio de Salud de la Nación (en adelante MSN), no lograron obturar la aprobación de la Ley no. 26.657. Ello se explica, entre otros motivos, a partir de uno de los principales hallazgos de esta investigación, y es que la estrategia obstructiva de la cartera sanitaria nacional respecto al proyecto de ley de salud mental fue finalmente neutralizada por la intervención de la Jefatura de Gabinete de ministros (en adelante JGM). Su titular de aquel entonces, Aníbal Fernández, junto a un grupo de asesores, tenían intenciones de avanzar hacia una flexibilización legislativa en cuanto al consumo de drogas ilícitas. Para ello, el coordinador de ministros y sus asesores consideraron que era necesario contar previamente con una ley de salud mental que quitara al consumo problemático de la esfera de lo penal-criminal, tal como se encuentra aún establecido en algunos artículos de la Ley no. 23.737.

A ello ha de agregarse no sólo la ya mencionada presión ejercida por la dimensión internacional, sino que también se debe tener en cuenta que a nivel doméstico tuvo lugar una acumulación de fallos judiciales de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (en adelante CSJN) –también en materia de drogas vale aclarar– marcando al PEN las falencias estructurales en lo relativo a la protección de derechos de las personas internadas por motivos de salud mental. Un señalamiento que, por cierto, se encontraba en línea con el consenso que terminó por imponerse en la arena legislativa nacional, a saber: que la sistemática violación de derechos sufrida por las personas con padecimiento mental había sido posible por la dinámica instaurada en las instituciones manicomiales del país, cuya gestión correspondía generalmente a los médicos psiquiatras.

## **Hipótesis/ Objetivo general y específicos**

### *Primera hipótesis*

La LNSM es un proceso emergente de una coyuntura atravesada por el paradigma de los derechos humanos, que durante la década kirchnerista, ocupó un lugar preponderante en la agenda política y social de los tres poderes del Estado. De esta manera, esta normativa se inscribe en una estrategia política que contó con el apoyo activo del PEN para relegitimar el proyecto kirchnerista ante la sociedad y revalidar sus alianzas con actores políticos y sociales.

### *Segunda hipótesis*

Entonces, de la anterior hipótesis se desprende que diferentes colectivos aprovecharon esta ventana de oportunidades para hacerse oír y satisfacer demandas históricas, como fue el caso de las organizaciones que buscaban a través de la sanción de una normativa de alcance nacional una reforma institucional del sistema de salud mental argentino.

### *Tercera hipótesis*

La sanción de la Ley No. 26.657 se produjo también gracias a un contexto internacional donde los instrumentos de derechos humanos, acompañados por diversas decisiones de órganos supranacionales en cuestiones de salud pública –OMS y OPS–, incidieron para que el Estado nacional adoptara una legislación de cumplimiento obligatorio en favor de la protección y ampliación de los derechos de las personas con algún tipo de padecimiento psicosocial.

En virtud de las hipótesis arriba desarrolladas se plantean los siguientes objetivos:

#### *Objetivos generales*

- a) A partir de haber retratado el proceso legislativo en análisis desde una mirada politológica que incluya el análisis de las versiones taquigráficas de las exposiciones senatoriales, de las sesiones de votación, así como también de los relatos y discursos de una pluralidad de actores cuyos puntos de vista fueron recogidos en diversas entrevistas, se buscará arrojar luz sobre los motivos que permitieron la aprobación de una normativa como la LNSM, cuyos lineamientos son contrarios a la postura de los operadores más influyentes del campo de la salud mental.
  
- b) Aportar conocimiento sobre las lógicas de interacción entre las organizaciones de la sociedad civil y el Estado durante los gobiernos kirchneristas, toda vez que, de esta dinámica, y en el marco de una coyuntura particular, surgieron numerosas iniciativas legislativas que condujeron a un proceso inédito de ampliación de los umbrales de ciudadanía.

### *Objetivos específicos*

- a) Indagar e identificar cual fue la coyuntura sociopolítica que permitió un cambio de paradigma en la legislación de salud mental;
- b) Analizar los diferentes posicionamientos del entramado representativo constituido por las relaciones entre los actores sociales, políticos, gremiales, académicos/intelectuales frente a la cuestión de la salud mental;
- c) Examinar las alianzas y disputas partidarias, los acuerdos y tensiones entre organizaciones que atravesaron las discusiones legislativas alrededor de la LNSM;
- d) Identificar cuál fue el rol que jugó el PEN en el proceso de debate, conocer cuáles fueron los intereses de este poder para que la discusión avanzara en determinado sentido.
- e) A partir de la información recabada y del análisis de la misma aportar elementos que permitan desentrañar los motivos que obstaculizan hace más de una década la implementación de la LNSM.

### **Síntesis de los capítulos**

En el primer capítulo de esta investigación, “Principales lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental o Ley no. 26.657”, realizo un análisis de los elementos constitutivos más importantes del texto de la ley, y los vinculo al mismo tiempo, con la información recabada tanto del análisis documental como de las entrevistas semiestructuradas a actores. No obstante, antes de adentrarme en esta tarea realizo un análisis del escenario normativo e institucional previo a la sanción de la LNSM, el cual se encontraba configurado no sólo por la falta de una normativa nacional ordenadora, sino también por la coexistencia desarticulada de varias legislaciones provinciales. Luego me detengo en los objetivos, definición y alcances de esta normativa, donde llevo a cabo asimismo un análisis de las principales innovaciones teórico-conceptuales introducidas por la ley. Seguidamente, dedico enteramente un apartado para analizar cómo el consumo problemático de sustancias se convirtió en una cuestión gravitante en el desarrollo del proceso legislativo.

El siguiente subapartado versa en torno a tres de los pilares que deben regir, según la Ley no. 26.657, el diseño de las políticas públicas de salud mental, a saber: la intersectorialidad; la Atención Primaria de la Salud, conocida como APS y, por último; la interdisciplina, siendo este tercer principio el que generó más controversia, particularmente entre las asociaciones

de psiquiatras que resignificaron la interdisciplina como una forma de apropiación de sus saberes. En este mismo tramo del capítulo se hace referencia a la experiencia basagliana acontecida en Trieste, la célebre reforma italiana que inspiró a muchos de los actores involucrados a impulsar una normativa como la LNSM. Entre los invitados a las exposiciones senatoriales hubo, de hecho, representantes de la Conferencia Basaglia. Seguidamente, se aborda lo relativo a la garantía de derechos, uno de los aspectos más importantes de la LNSM, lo cual se encuentra directamente vinculado a la importancia que jugaron en el debate las influyentes agencias de derechos humanos de la década kirchnerista.

Para complementar lo relativo al desarrollo de las legislaciones que la LNSM vino a reemplazar, esbozo un análisis del viejo civil de Vélez Sarsfield, que regulaba desde una posición tutelar y paternalista algunas de las figuras jurídicas que pasaron a ser objeto de regulación de la Ley no. 26.657, como la capacidad jurídica y las internaciones por motivos de salud mental, las cuales, por cierto, tienen una importancia considerable para la normativa en cuestión. El porqué es analizado seguidamente, puesto que la LNSM realiza a lo largo de dieciséis artículos una minuciosa enumeración de cómo proceder ante una internación voluntaria e involuntaria. Para los impulsores de la ley, la internación revestía una particular importancia ya que consideraban que uno de los principales problemas a resolver pasaba por las internaciones prolongadas que se sucedían al interior de los manicomios argentinos. Por último, la parte final del capítulo busca describir la arquitectura institucional que debe garantizar la implementación de la normativa.

En el segundo capítulo “Factores político-institucionales que posibilitaron la sanción de la Ley no. 26.657”, se abordan las condiciones sociales, políticas e institucionales que hicieron posible la sanción de la LNSM. En primer lugar, se pone en diálogo el proceso legislativo que derivó en la aprobación de la primera normativa nacional de salud mental con el contexto sociopolítico de la época, teñido en parte por la incidencia del paradigma de los derechos humanos en la elaboración de las políticas públicas, lo cual conlleva adentrarse en la controversia respecto a si la sanción de la LNSM se debió al accionar de los actores sociales o a la decisión política de funcionarios, o en todo caso, a una convergencia de ambas. Luego, me detengo a estudiar un grupo de leyes que, si bien fueron parte del proceso de ampliación de derechos antes mencionado, tienen en común una particularidad que es la pretensión de modificar la relación asimétrica de los usuarios con el servicio de salud, en particular con los

profesionales médicos. En una línea similar se encuentra la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante CDPD) y su protocolo facultativo, elaborada por Naciones Unidas, y señalada por quienes apoyaron la LNSM como la antesala normativa de mayor relevancia, ya que este instrumento internacional venía a echar por tierra la tradicional concepción orgánico-patológica de la discapacidad.

Posteriormente, se abordan las características del marco institucional en el cual ha de tener lugar las reformas propuestas por la LNSM, a saber: el sistema de salud argentino, cuyos principales rasgos, la fragmentación y descoordinación, complejizan cualquier iniciativa que persiga homogeneizar la prestación del servicio de salud, lo cual incluye desde luego a la salud mental. Adicionalmente, la cartera sanitaria nacional mantiene desde hace tiempo una estrecha relación con las asociaciones médicas, gracias a lo cual se dificultó en la etapa senatorial la aprobación del proyecto de ley. De no haber sido por la JGM, cuyo rol se analiza seguidamente, la sanción del proyecto quizá nunca se hubiese concretado. Las motivaciones de este actor institucional clave, que logró bloquear la injerencia opositora del MSN e incluso influir en la designación del primer director de salud mental desde el gobierno alfonsinista, se examinan en este mismo apartado.

Finalmente, se realiza un análisis del Congreso nacional al momento de la discusión de la LNSM, ya que se trataba de un actor estatal clave en la década kirchnerista en lo concerniente al proceso de sanción de un conjunto de leyes tendientes a ampliar los umbrales de ciudadanía (Herrera, 2016), y dentro del cual se inscribe la Ley no. 26.657. Se realiza, asimismo, en los últimos pasajes del capítulo una caracterización del complejo recorrido legislativo que debió atravesar la LNSM, desde sus inicios, como proyecto de ley presentado por un pequeño bloque de centroizquierda hasta erigirse en una normativa que fue votada afirmativamente por unanimidad en ambas cámaras del Parlamento.

En el tercer y último capítulo de esta tesis, “El posicionamiento de los actores intervinientes en el proceso legislativo”, se abordan los puntos de vista y estrategias que desplegaron tanto los actores sociales que se pronunciaron a favor de la sanción de LNSM como en contra. Las organizaciones sociales y funcionarios que tomaron parte de este interesante proceso fueron por demás numerosas<sup>10</sup>, por lo que incluirlos todos en esta investigación no resulta posible

---

<sup>10</sup> Si bien de las exposiciones senatoriales no se pueden extraer la totalidad de los testimonios de las organizaciones sociales y funcionarios que participaron de alguna manera del proceso legislativo en análisis – como los directores provinciales de salud mental, quienes manifestaron su postura por medio de los senadores–

ni tampoco conducente, ya que muchas veces las posiciones adoptadas eran compartidas por múltiples actores al mismo tiempo. Por lo que, a fines prácticos, se tomó la decisión de hacer un recorte e incluir en este capítulo el posicionamiento de sólo algunos de ellos. El criterio de selección no se basó exclusivamente en aquellas organizaciones que mantuvieron una permanencia constante y de cierto compromiso a lo largo del proceso legislativo, sino que también se procedió en virtud del carácter novedoso de las organizaciones analizadas, ya que con la discusión de la LNSM surgieron nuevos actores en un dominio poco estudiado como el activismo en salud mental. Es de destacar que, finalizado el debate, algunos de los actores analizados en este trabajo continuaron movilizándose para alcanzar la plena implementación de la ley que ayudaron a que se sancionara, en el marco de organismos consultivos e intersectoriales creados por la propia Ley no. 26.657. Asimismo, en algunos casos los

---

, si es cierto que brinda una muy interesante imagen tanto de quiénes estaban interesados en participar del debate, así como de su procedencia organizacional. Por ello a continuación, se realizará una enumeración de los actores intervinientes haciendo una distinción entre quienes estuvieron a favor y en contra de la sanción de la LNSM. Si bien esta caracterización pueda parecer binaria y reduccionista, es de destacar que el debate parlamentario adquirió mayormente esta dinámica de polarización.

A favor: Carlos Saavedra de la Federación de psicólogos de la República Argentina (FEPPRA); Hugo Cohen e Isaac Levav (OPS-OMS); Luis Alem de la subsecretaría de derechos humanos; Eduardo Grande y Alberto Trímboli de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM); Daniel Navarro, funcionario provincial de Córdoba; Liliana Cabrera de la Red de Usuarios de Familiares y Voluntarios; Martha Pereyra González de la Asociación de Unidades Académicas de Psicología; Cristina Petit, vicedecana de la facultad de psicología de Córdoba; diputado y autor de la ley Leonardo Gorbacz; Mariano Martínez de Ibarreña, funcionario provincial de Buenos Aires; Miguel Tollo y Liliana Herendorf del Foro de Instituciones de Salud Mental de la CABA; Roxana Amendolaro del CELS; Liliana Fontán de la Asociación de Terapeutas Ocupacionales del Gobierno de la CABA; Giovanna del Giudice, psiquiatra italiana; Nélica Cervone, facultad de psicología de la UBA; diputado Sylvestre Begnis; Yago Di Nella, director nacional de salud mental; José Tobías de la Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales; Andrea Pochak, directora adjunta del CELS; Vicente Gali, ex director nacional de salud mental durante el gobierno de Ricardo Alfonsín; María Graciela Iglesias, jueza del tribunal de familia de la provincia de Buenos Aires; Laura Sobredo del CELS.

En contra: Néstor Marchant y Humberto Messone de la Confederación Médica Argentina (COMRA); Horacio Vommaro de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA); Roberto Pallia Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto-juvenil y Profesiones Afines (AAPI); Juan Carlos Stagnaro de la facultad de Medicina de la UBA; Jorge Gilardi y Eduardo Munín de la Asociación de Médicos Municipales (AMM); Jorge Pellegrini, vicegobernador de San Luis; José Eduardo Russo de la cámara de apelaciones en lo civil y comercial del departamento judicial de Morón; Marcelo Torino, vicedecano de la facultad de medicina de la UBA; Alfredo Cía de Asociación de Psiquiatras de América Latina; Ricardo Grimson, ex secretario de la SEDRONAR 2003-2004 y presidente de la Fundación de Prevención Social; Ruth Kordon del equipo argentino de trabajo e investigación psicosocial; Norma Vallejo de la subsecretaría de Planificación, Prevención y Asistencia de la SEDRONAR; Eugenio Nadra, coordinador del Consejo Científico de la SEDRONAR; José María Martínez Ferrete del Cuerpo Médico Forense del Poder Judicial Nacional; Jorge Iapichino de la Federación Médica de la Capital Federal.

Las representantes de la Asociación Argentina de Terapia Ocupacional Sara Daneri y Laura Pérez basaron su exposición principalmente en rechazar que se haya incluido en los textos de algunos de los proyectos de ley – incluyendo la futura LNSM– el término “laborterapia”, al cual consideraban arcaico y vinculado a las prácticas manicomiales.

integrantes de las organizaciones analizadas pasaron a ocupar puestos y cargos en nuevos organismos que se crearon con la aprobación de la normativa, con la excepción de las asociaciones de medicina y psiquiatría, quienes siguieron pronunciándose en contra de la LNSM aún hoy. Es decir, que hubo en su intervención una continuidad a lo largo de las distintas fases que puede atravesar una iniciativa legislativa, como lo son la sanción, promulgación e implementación.

El primero de los actores sociales a los cuales me referiré en el tercer capítulo es el Movimiento de Desmanicomialización y Transformación Institucional (en adelante MDTI). Su origen se remonta a los congresos de derechos humanos y salud mental de Madres de Plaza de Mayo. Desde este espacio se apoyó primeramente el proyecto de la diputada Marta De Brassi (Autodeterminación y Libertad) para luego quitárselo y formar una alianza con los diputados del Espacio Solidaridad e Igualdad. El apoyo brindado por este actor social fue clave en los inicios de la discusión parlamentaria, antes de que hubiese un mayor fortalecimiento del movimiento de derechos humanos. Luego hago referencia al importante rol que jugó el CELS con su célebre informe *Vidas Arrasadas*, donde se documenta la violación de derechos en los manicomios del país, y cuya publicación coincidió temporalmente con la presentación de los primeros proyectos de ley. Seguidamente dedico un apartado a la Red de Familiares, Usuarios y Voluntarios por los Derechos de las Personas con Padecimiento Mental (adelante REDFUV), y la Asociación por los Derechos en Salud Mental (en adelante ADESAM), dos organizaciones de usuarios y familiares y de profesionales respectivamente. En ambos casos nos encontramos frente a dos nuevos actores que se crearon al calor de la discusión por la LNSM y que encarnaban los puntos de vista de dos de los principales grupos destinatarios de una eventual nueva regulación en materia de salud mental, es decir, pacientes o usuarios y profesionales. La última parte del capítulo está dedicada al desarrollo del posicionamiento adoptado por las asociaciones de psiquiatras, particularmente a la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) y a la facultad de medicina de la UBA, opositora al proyecto de ley de Gorbacz por medio del también dirigente de APSA Juan Carlos Stagnaro.

## **Glosario**

ADESAM: Asociación por los Derechos en Salud Mental

AMM: Asociación de Médicos Municipales

AMP: Asociaciones de Médicos Psiquiatras

APS: Atención Primaria de la Salud

APSA: Asociación de Psiquiatras Argentinos

ARI: Afirmación para una República Igualitaria

AyL: Autodeterminación y Libertad

APUSAM: Asamblea Permanente de Personas Usuarias y Sobrevivientes de la Psiquiatría

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CCyCN: Código Civil y Comercial de la Nación

CDN: Cámara de Diputados de la Nación

CELS: Centro de Estudio Legales y Sociales

CDPD: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

CONISMA: Comisión Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones

CSJN: Corte Suprema de Justicia de la Nación

CSN: Cámara de Senadores de la Nación

DGN: Defensoría General de la Nación

DNSMyA: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

FPV: Frente para la Victoria

INDADI: Instituto Nacional contra la Discriminación, Xenofobia y el Racismo

JGM: Jefatura de Gabinete de ministros

LDP: Ley Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud

LNSM o Ley no. 26.657: Ley Nacional de Salud Mental

LMD: Ley de Muerte Digna

MJN: Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación

MDTI: Movimiento de Desmanicomialización y Transformación Institucional

MF: Mesa Federal

MSN: Ministerio de Salud de la Nación

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

ORN: Órgano de Revisión Nacional

OSC: organizaciones de la sociedad civil

PEN: Poder Ejecutivo Nacional

PL: Poder Legislativo

PREA: Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (Hospital Interzonal Esteves)

REDFUV: Red de Familiares, Usuarios y Voluntarios por los Derechos de las Personas con Padecimiento Mental

SDHN: Secretaría de Derechos Humanos de la Nación

SEDRONAR: Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina

SI: Solidaridad e Igualdad

UC: Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludables

UCR: Unión Cívica Radical

## Capítulo 1: Principales lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental

### El escenario nacional previo a la Ley Nacional de Salud Mental

Hasta la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (en adelante “LNSM” o Ley no. 26.657) en noviembre de 2010, la legislación argentina no contaba con un marco regulatorio nacional de salud mental que marcara nítidamente la postura del Estado nacional en cuanto a cómo debieran estructurarse las políticas públicas en materia de salud mental. En su lugar, se encontraba configurado un complejo escenario en el cual diferentes leyes provinciales coexistían inarticuladamente con tratados internacionales de derechos humanos de discapacidad y salud mental<sup>11</sup> suscriptos por el Estado argentino. De manera simultánea, se produjeron fallos judiciales de distintas instancias en línea con los tratados de derechos humanos, entre los cuales se destacaban las sentencias dictadas por la recientemente renovada CSJN<sup>12</sup>, los cuales señalaban al PEN falencias de carácter normativo e institucional relativas a la protección de los derechos de las personas con discapacidad<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> Existe una controversia en torno a si el proceso salud-enfermedad mental debe ser incluido o no en el ámbito de la discapacidad, un término que ha ido ganando terreno gracias a la consolidación de los instrumentos internacionales de derechos humanos en el campo de la salud mental. En realidad, la discapacidad es un término que ha estado tradicionalmente asociada a afecciones orgánicas, ya sea a nivel físico o neurológico, con impacto en la funcionalidad del sujeto, tal es el caso, por ejemplo, de las personas con problemas de movilidad. Mientras que la salud mental se ha dedicado al estudio de fenómenos como la depresión, los cuadros de ansiedad, la esquizofrenia, la bipolaridad y el consumo problemático de sustancias. Algunos organismos supranacionales como la OMS y la OPS suelen considerar a la enfermedad mental como una causante de discapacidad. De hecho, se estima que para el 2030 será la principal causa de esta condición. En la sesión de votación ocurrida entre el 24 y 25 de noviembre de 2010 en el Senado de la Nación, la legisladora de Chubut Gabriela Di Perna pidió introducir cambios en el artículo 10° del proyecto en discusión ya que consideraba que se confundía discapacidad con enfermedad, situación a partir de la cual se generó un intercambio con otras de las senadoras sobre la utilización de las categorías discapacidad y enfermedad.

<sup>12</sup> En un escenario de desprestigio generalizado de la institucionalidad argentina, y con el fin de incrementar la legitimidad de su gobierno, Néstor Kirchner tomó rápidamente una de las medidas con mayor impacto político en el devenir de su mandato, a saber: la renovación de los miembros de la corte, una de las instituciones con mayor desprestigio. Para un análisis más detallado de este proceso institucional ver Barrera, Leticia. (2012) *La Corte Suprema en escena: una etnografía del mundo judicial*, Buenos Aires, Ed. Siglo XXI.

<sup>13</sup> A modo de ejemplo, se pueden mencionar aquí algunos fallos relevantes dictados por la CSJN en materia de salud mental y discapacidad, como ser: CSJN, “*Tufano, R.A. s/ internación*”, sentencia de fecha 27 de diciembre de 2005, “*R., M.J s/ insania*”, sentencia de fecha 19 de febrero de 2008, No. interno: C.1195; “*Arriola, Sebastián y otros s/ Recurso de hecho*”, causa No. 9080, sentencia de fecha 25 de agosto de 2009, Nro. Interno: A.891.XLIV.

En el fallo “*Tufano*” (2005), la CSJN subrayó que la internación es una medida coactiva que constituye una privación de la libertad y que las personas internadas por trastornos de salud mental se encuentran en una especial situación de vulnerabilidad, abandono y desamparo. Por ello la sentencia es enfática al señalar la necesidad de que la internación sea monitoreada por un magistrado. Aceptar una internación sin orden judicial, así como sostener dicha situación irregular sin un control periódico equivale a convalidar la violación del estatuto básico de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad. La sentencia también remarca

Por su parte, a nivel nacional había un escenario marcado por leyes desactualizadas y otras que ni siquiera había llegado a implementarse, como el caso de la Ley no. 25.421, una legislación anclada en los principios de la APS, votada en el marco de un fuerte proceso de ajuste presupuestario en el año 2001, y que establecía la creación del *Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental*. Esta ley fue, en realidad, una iniciativa parlamentaria impuesta por la oposición peronista al gobierno de la Alianza, cuando se negociaba en el Congreso nacional la aprobación de leyes de ajuste fiscal. Sin embargo, esta normativa nunca llegó a ser puesta en práctica dado que no fue reglamentada ni presupuestada por el Ministerio de Economía.

---

que las internaciones civiles deben regirse por los estándares internacionales de derechos humanos. El fallo ubica como modelo rector a los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental (resolución 46/119 de la Asamblea General de las Naciones Unidas), toda vez que constituye una guía que contiene principios mínimos a respetar con respecto a derechos y garantías procesales. Se determinó asimismo que la competencia en materia de supervisión de internaciones corresponde al organismo jurisdiccional a cargo del área en la cual tiene lugar la internación ya que se haya en una situación más favorable para controlar las condiciones de dicha internación. En caso de que se disponga una privación de la libertad tendrá que ser por un período breve y en tanto sea la opción menos restrictiva, y sólo cuando exista un riesgo grave e inminente para la persona o para terceros. Se puede consultar el sumario y fallo completo en: <http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires--internacion-fa05000338-2005-12-27/123456789-833-0005-0ots-eupmocsollaf>.

Por su parte, el fallo “*R.M.J*” (2008) fue una sentencia de la CSJN que llegó a la máxima instancia judicial del país catorce años después de haber sido elevado el expediente por un juzgado de la provincia de Buenos Aires. Luego de que la madre de R.M.J. pidiese el desarchivo de las actuaciones con el fin de ser nombrada su curadora el caso arribó a la CSJN, pero con el fin de dirimir una sencilla disputa de competencia. Sorpresivamente la CSJN decidió declarar el caso como admisible y se pronunció sobre un conjunto de fallas institucionales graves presentes en el control de la internación en un establecimiento de salud mental. En el fallo se determinó que en ningún momento del proceso de internación se respetaron las garantías procedimentales correspondientes, así como tampoco principios constitucionales básicos tales como los de razonabilidad, proporcionalidad e igualdad. La CSJN resaltó la gravedad de que la situación de encierro prolongado y sin supervisión judicial alguna de R.M.J. se haya debido a que luego de ser declarado inimputable en el marco de un proceso penal se emitiera una medida de seguridad que lo mantuvo privado de su libertad más de 25 años. Es decir, más tiempo que el que hubiese tenido que cumplir en caso de ser encontrado culpable del delito en cuestión. La Corte destacó que la situación de desidia se expresaba especialmente a través de la falta de control judicial de la internación que hubo durante 14 años y en la ausencia de una actualización de los informes médicos sobre la evolución del estado de salud de R.M.J. Se puede consultar el sumario y fallo completo en: <http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-mj-insania-fa08000003-2008-02-19/123456789-300-0008-0ots-eupmocsollaf>

Por último, en el fallo “*Arriola*” (2009) la CSJN resolvió por unanimidad declarar la inconstitucionalidad del segundo párrafo del artículo 14° de la Ley de Estupefacientes que establece una pena de prisión de 1 mes a 2 años para la tenencia de drogas ilícitas con fines de consumo personal. El máximo tribunal del país consideró que esta disposición conspiraba contra el derecho a la intimidad amparado por el artículo 19° de la Constitución Nacional y por los instrumentos internacionales de derechos humanos. Se puede consultar el sumario y fallo completo en: <http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-arriola-sebastian-otros-recurso-hecho-causa-9080-fa09000059-2009-08-25/123456789-950-0009-0ots-eupmocsollaf>.

Durante el proceso legislativo en análisis, la Ley no. 25.421 fue rescatada por algunos legisladores como un valioso antecedente del proyecto de ley en discusión. Cabe señalar que una importante diferencia entre ambas iniciativas legislativas es que si bien la Ley no. 25.421 designaba al MSN como la autoridad de aplicación, la adhesión de los Estados provinciales era de carácter opcional, un elemento que contrastaba con la obligatoriedad de la aplicación de la LNSM en todas las jurisdicciones subnacionales.

Por otro lado, entre las legislaciones nacionales ya desactualizadas al momento sociocultural actual, en especial a lo establecido en los instrumentos internacionales, seguía vigente una anticuada normativa promulgada en la última dictadura cívico-militar, a saber: el Decreto Ley no. 22.194 para *Personas con Deficiencia Mental, toxicómanos y alcohólicos crónicos*, la cual fue diseñada por la llamada Comisión de Asesoramiento Legislativo (CAL). Si bien esta ley funcionó como una suerte de *parche legal* en lo referido a las internaciones en establecimientos de salud mental, la misma contenía un claro sesgo tutelar, a la vez que incluía en su texto categorías obsoletas y estigmatizantes tales como enfermedad mental, toxicomanía y peligrosidad. Esta normativa tampoco pretendía irradiar una política pública de salud mental con proyección nacional, sino que sólo se limitaba a regular los ingresos y egresos de los establecimientos públicos y privados de salud mental. Su ámbito de aplicación era, a su vez acotado, puesto que estaba circunscripto a la Capital Federal –antes de su reconocimiento como una jurisdicción autónoma– y al otrora territorio nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

En contraste con la LNSM, el Decreto Ley no. 22.194 confería al Poder Judicial la obligación de monitorear las condiciones de internación de las personas privadas de su libertad por motivos de salud mental. Sin embargo, muchas veces el control jurisdiccional de la internación no se respetaba, dejando así a un considerable número de individuos en una situación de desprotección institucional, que podía incluso llegar a extenderse por décadas. Finalmente, el decreto ley fue derogado por el artículo 44° de la Ley no. 26.657. Cabe remarcar que todas las normativas arriba mencionadas –incluso por un tiempo la propia LNSM– se superpusieron con el viejo código civil de Vélez Sarsfield –hasta su derogación en 2013–, el cual desde una posición tutelar legislaba sobre algunas figuras que pasaban a ser objeto de regulación de la LNSM, como por ejemplo la determinación de la capacidad jurídica y las internaciones involuntarias. Esta contradicción normativa se terminó de zanjar

primero con una serie de disposiciones complementarias en los artículos finales de la LNSM y, posteriormente, con la entrada en vigor en 2013 del unificado código civil y comercial de la Nación (en adelante CCyCN).

A nivel sanitario, el heterogéneo escenario normativo-institucional existente en las provincias era atribuible a que la descentralización de los servicios de salud del Estado nacional a las provincias no fue debidamente compensada por el diseño de mecanismos eficaces de coordinación Estado central-Estados provinciales (Acuña et al, 2002). En efecto, estas transferencias se realizaron mayormente en función a decisiones unilaterales y fiscalistas del gobierno central, sin haber alcanzado previamente acuerdos con las provincias y sin la consecuente reconfiguración del rol del MSN (Bisang, Centrangolo; 1997). La falta de capacidad política del MSN en materia sanitaria alcanzaba también al área implicada en el manejo de la política nacional de salud mental. Hasta la creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (en adelante “DNSMyA”), la planificación de políticas públicas en salud mental se encontraba a cargo de una Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludables (en adelante UC). Este organismo carecía tanto de los recursos presupuestarios suficientes, así como de la capacidad operativa suficiente para desplegar políticas públicas en salud mental o recolectar y centralizar datos de salud mental de todas las provincias argentinas (CELS, 2007).

De allí que la mayoría de las decisiones acerca de las políticas y la asignación de presupuesto en materia de salud mental se realizasen en las provincias. Esta ausencia del Estado nacional con respecto a la política de salud mental contribuyó a que a diferencia de otros países el proceso de reforma institucional argentino revistiese la particularidad de haberse iniciado con la sanción de leyes provinciales antes de contar con una normativa de alcance nacional (Faraone, 2012). En parte debido al carácter federal del país y a la descentralización del servicio de salud, la configuración normativa en materia de salud mental antes de la sanción de la Ley no. 26.657, se encontraba definida por la coexistencia desarticulada de múltiples legislaciones provinciales y por un número considerable de jurisdicciones que ni siquiera contaban con un marco regulatorio en salud mental (Rosendo, 2011). Algunos elementos de estas legislaciones locales se encontraban en línea con el espíritu reformista de la LNSM, como fue el caso de la Ley no. 448 de la CABA, en torno a cuya sanción, y de manera análoga

a lo sucedido con la implementación de la LNSM, se generaron múltiples conflictos que terminaron por impedir su plena aplicación.

En cuanto a la totalidad del panorama normativo jurisdiccional, cuando se inició el proceso legislativo en estudio únicamente ocho provincias contaban con una legislación específica de salud mental –Chubut, CABA, Córdoba, Entre Ríos, Río Negro, Salta, Santa Fe, San Juan–, unas tres provincias –Buenos Aires, Catamarca y Mendoza– disponían de anteproyectos de ley, mientras que las restantes jurisdicciones carecían tanto de leyes como de anteproyectos (Rosendo, 2011). En este sentido, las distintas normativas provinciales podrían agruparse o dividirse entre aquellas que promovían un proceso desinstitucionalizante –CABA, Entre Ríos, Río Negro– y las que no persiguen este objetivo – Chubut, Salta, Santa Fe, San Juan. Sin embargo, todas ellas compartían fines similares consistentes en garantizar un piso de derechos a los usuarios de los servicios de salud mental y promover estrategias de abordaje terapéutico alternativas a la internación en una institución de salud mental monovalente (Rosendo, 2011).

En suma, la sanción de la LNSM constituyó un punto de inflexión en la historia de las políticas públicas en salud mental del país, toda vez que, hasta su aprobación por unanimidad en ambas cámaras del Congreso nacional, nunca se había contado con un instrumento legislativo que manifestase tan nítidamente un horizonte en cuestiones de salud mental, y que, además, fuese de cumplimiento obligatorio para las jurisdicciones subnacionales del país<sup>14</sup>.

### **Objetivos, definición y alcance de la Ley no. 26.657**

Las reformas buscadas por la LNSM abarcan a todos los servicios y efectores de salud públicos y privados sin importar cuál sea su forma jurídica (Art. 6°). Lejos de cualquier clase de reduccionismo, y anclada en un enfoque *biopsicosocial*, la ley concibe a la salud mental como un fenómeno multidimensional que se encuentra determinado por un conjunto de factores, a saber: históricos, culturales, socioeconómicos, biológicos y psicológicos (Art. 3°).

---

<sup>14</sup> El artículo 41° hace referencia a que el Estado nacional tendrá la obligación de promover convenios con las provincias con el fin de extender a todo el país el cumplimiento de la normativa. Los acuerdos entre el Estado central y los provinciales versarán sobre: *cooperación técnica, económica y financiera; el diseño de programas de capacitación de los equipos de salud con la participación de las universidades; asesoramiento en la creación de áreas específicas para la implementación de políticas públicas de salud mental que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional.*

Resulta evidente que la perspectiva de derechos atraviesa toda la normativa. En efecto, se asocia la preservación y mejoramiento de la salud mental con la consolidación de los derechos humanos y sociales de la persona, siendo el principal objetivo de la normativa garantizar en el territorio nacional el derecho a la salud mental de todas las personas y, además, velar por la protección de los derechos humanos de las personas con un padecimiento mental (Art. 1°). El ámbito de predicación subjetivo de la LNSM incluye a “*todas las personas*” –universo indeterminado– que “se encuentren en territorio argentino –universo determinable–, ubicando al principio de progresividad<sup>15</sup> en la plena efectividad de los derechos humanos como la base sobre la cual habrá de constituirse el sistema de salud (Kraut et al, 2011).

El incremento de los niveles de autonomía de los usuarios en la toma de decisiones con respecto al tratamiento constituye otro de los pilares de la normativa. En este sentido, la LNSM pretende dejar atrás un concepto de sujeto pasivo a ser tutelado por la de un sujeto de derechos involucrado en el devenir de su propio proceso salud-enfermedad. Un ejemplo de cómo la LNSM pondera el principio de autonomía es la relevancia que le otorga a la figura del consentimiento informado, el cual se menciona en el inciso *j* del artículo 7° y en el artículo 10° también. En este último se establece su vigencia para todo tipo de intervenciones terapéuticas, reconociendo el derecho de las personas con discapacidad a recibir información sobre su tratamiento a través de medios y tecnologías adecuadas que faciliten la comprensión. De la reglamentación del artículo 10° se desprende que el consentimiento informado deberá enmarcarse de acuerdo con lo estipulado en el capítulo III de la Ley no. 26.529, conocida como Ley Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud (en adelante LDP) y su modificatoria en línea con los principios internacionales. Si se comprobara que el consentimiento fue obtenido mediante dolo se deberán iniciar las acciones legales pertinentes contra el profesional responsable y el director de la institución (artículo 19°). La sanción de la Ley no. 26.657 puede ser concebida como un instrumento legislativo

---

<sup>15</sup> Abramovich y Courtis (1997) plantean que la noción de progresividad abarca dos sentidos complementarios. Por un lado, el reconocimiento de que la satisfacción plena de los derechos establecidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) supone una cierta gradualidad. Por el otro, la idea de progreso que conlleva la obligación estatal de mejorar las condiciones de goce y ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales. La obligación mínima asumida por el Estado al respecto es la obligación de no regresividad, es decir, la prohibición de adoptar políticas y medidas, y por ende, de sancionar normas jurídicas, que empeoren la situación de los derechos económicos, sociales y culturales de los que gozaba la población una vez adoptado el tratado internacional en cuestión.

que aúna una serie de derechos y disposiciones dispersos en otras leyes nacionales como la LDP, así como de numerosos pactos, convenciones y tratados internacionales.

En lugar de emplear una categoría más clásica del campo de la salud como *paciente*, la LNSM emplea el término de *usuaria/o*, lo cual constituye una novedad en relación con otras legislaciones. Quienes critican el concepto de paciente señalan que ubica al sujeto que solicita atención en una posición de pasividad, y ubica al mismo tiempo, al profesional de la salud en una posición de poder. La LNSM viene a reforzar una tendencia legislativa –la cual se sostiene en ciertas corrientes de la bioética que hacen énfasis en el principio de autonomía– que busca dotar de una mayor potestad decisoria a quienes acuden al sistema de salud. La categoría de *usuaria/o* sugiere la presencia de un posicionamiento proactivo del sujeto con respecto a su tratamiento.

Otro giro conceptual de la normativa en análisis puede encontrarse en su primer artículo. En él se hace referencia al fenómeno psicopatológico como *padecimiento mental*, excluyendo así categorías propias de la psiquiatría como *trastorno*<sup>16</sup> o *enfermedad mental*. El origen del concepto de enfermedad mental se remonta a mediados del siglo XIX cuando la medicina, ya instaurada como la disciplina a cargo del abordaje de la *locura*, absorbió el manejo de los asilos y manicomios de Europa. Apoyados en la legitimidad científica, los primeros profesionales de la psiquiatría y la neurología confeccionaron una minuciosa descripción de un conjunto de síndromes enmarcados en esquemas clasificatorios, que han tenido incluso, un efecto en el diseño de los diagnósticos y tratamientos que perdura hasta el día de hoy. Por su parte, la psicología, a medida que se fue constituyendo como una disciplina independiente de la psiquiatría y de la filosofía, delineó sus propias entidades psicopatológicas, que, por cierto, podían variar de acuerdo con las diferentes corrientes teóricas<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> Desde mediados del siglo pasado hasta 1980 obtuvo gran influencia un paradigma con una fuerte influencia del psicoanálisis, según el cual, la clínica se encontraba conformada por tres grandes estructuras psicopatológicas -perversiones, psicosis y neurosis-. Con la irrupción del DSM III se decidió abandonar los términos perversiones y neurosis por considerarlos ideológicos, ya que implicaba un presupuesto etiológico (el de la conflictiva inconsciente), que se contraponía con un el nuevo paradigma imperante actualmente, que es el del neopositivismo (Stingo et al, 2006). Así, se eligió el término trastorno para denominar la totalidad a los síndromes de la psiquiatría clínica.

<sup>17</sup> La psicología desde su nacimiento ha estado atravesada por una pluralidad de tradiciones científicas, objetos de estudios y metodologías. Se ha caracterizado por ser un campo disciplinar continente de una multiplicidad de corrientes teóricas que se nutre de la producción científica proveniente de otras áreas del conocimiento como la filosofía, las ciencias sociales, la medicina y la matemática, entre otras. Por esta razón varios autores (Canguilhem, 1985; Caparrós, 1991; Foucault, 1994; Lagache, 1980; Vezzetti, 1998) han señalado la existencia de una pluralidad de psicologías y no de una sola psicología. Es este particular rasgo el que le ha permitido a

Sin embargo, en el dominio específico de los problemas de la salud mental, las clasificaciones con mayor influencia y difusión se han organizado en torno a una descripción taxonómica de las enfermedades mentales que toma como base a la nosografía psiquiátrica (Ausburger, 2004). De modo que, para las AMP y el gremialismo médico, erigidos como principales opositoras al proyecto de ley presentado por Gorbacz en la CDN, el término *padecimiento* resultaba un término inadecuado e inespecífico. Argumentaban al respecto que a nivel internacional la mayoría de los estudios epidemiológicos basaban su esquema clasificatorio en los conceptos de enfermedad o trastorno mental. Por lo que proponían tomar como referencia ya sea a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), publicada por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), o en su defecto, al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DMS), confeccionado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Para ciertos referentes de las AMP, las categorías *padecimiento* o *sufrimiento* promovían una de patologización de la vida cotidiana:

El artículo primero de la ley hace una definición que habla de padecimiento o sufrimiento. Demasiado polisémica. Demasiado inespecífica. Porque padecimiento o sufrimiento para aligerar un poco lo que estamos hablando (...) Es decir, hay que tener mucho cuidado en no patologizar la vida cotidiana. Yo soy muy estricto en eso. Estoy en desacuerdo con esa extensión patologizante de la vida que terminamos medicando a todo el mundo. Por lo mismo, por no patologizar, porque si no se termina techando todo. Por eso para no patologizar, quiero ser muy estricto, tenemos que hablar de trastorno y tomar lo de la OMS/OPS. El CIE-10 o la CIE-11. (Entrevista con Horacio Vommaro, médico psiquiatra, representante de la Asociación de Psiquiatras Argentinos)

Aquí se puede apreciar con claridad la estructura argumental esgrimida por APSA, que desplegó una estrategia discursiva de resistencia al proyecto de ley, a la vez que pretendía correr a la psiquiatría del lugar de disciplina que buscaba mantener el estatus quo. Cuando Vommaro enuncia que el término *padecimiento* mental “patologiza la vida cotidiana”, lo que hacía era utilizar en contra el proyecto de ley, el mismo argumento que sus partidarios sostenían contra los manuales diagnósticos de la psiquiatría, en especial el DSM-IV o el DSM-V, a los cuales se acusaba de sobreabundar en diagnósticos.

---

esta disciplina insertarse en una diversidad de ámbitos, a saber: el hospitalario; la clínica privada; el educativo; el forense; el laboral, y otros menos conocidos como la política y el deporte.

La resistencia de las AMP a términos como padecimiento mental se debía a que, en definitiva, y en virtud de su posición hegemónica dentro del campo de la salud mental, estaban habituadas a que sus clasificaciones diagnósticas fuesen las utilizadas en diferentes ámbitos. En cambio, para otras disciplinas, como la psicología, acostumbrada a que su discurso sea desplegado en círculos más cerrados, por lo general académicos, esta situación no suponía una descalificación a sus saberes, y por lo tanto no hubo cuestionamientos de su parte en la arena legislativa. Russo y Venâncio (2006) sostienen que con la publicación del DSM III por parte de la Asociación Americana de Psiquiatría (AAP) en 1980 tuvo lugar una importante transformación terminológica de la cual derivaron consecuencias cruciales, tanto en lo que atañe a las concepciones prevalentes sobre la enfermedad mental como a los tratamientos. Quizá uno de los hitos de estas modificaciones, según las autoras, haya sido el reemplazo del término neurosis –un término acuñado por la teoría psicoanalítica– por una multiplicidad de categorías diagnósticas mucho más específicas que tuvo en su centro a la designación genérica de trastorno. Este cambio de nomenclatura, sustentado por una visión fundamentalmente biológica, se articuló con la hegemonía del tratamiento farmacológico, el cual se ha consolidado en el campo de la psiquiatría como la principal herramienta terapéutica, y que en el marco del proceso aquí analizado fue defendida por las AMP no sólo como una facultad exclusiva de la medicina, sino como una función que no podía sufrir cualquier tipo de influencia exterior por parte de otra disciplina.

### **El consumo problemático de sustancias**

Otro de los elementos innovadores de la LNSM, y que con posterioridad a su sanción sería foco de discusiones, se puede apreciar en su artículo 4º, donde a diferencia de la aún vigente Ley no. 23.737 –que criminaliza la tenencia y el consumo de las sustancias consideradas ilícitas–, se incorporó la cuestión del consumo problemático de sustancias psicoactivas dentro del campo de las políticas públicas de salud mental<sup>18</sup>. Desde hace décadas, tanto en Argentina

---

<sup>18</sup> Como parte de una serie de embestidas de la cual fuera objeto la Ley nro. 26657 en los inicios de la gestión Cambiemos, en septiembre de 2016 el titular de la *Asociación Antidrogas de la República Argentina*, Claudio Izaguirre, presentó una nota en la Comisión de Prevención de las Adicciones y Control del Narcotráfico de la Cámara de Diputados, solicitando la derogación del artículo 4º de la LNSM. A pesar de que un grupo de diputados se mostró de acuerdo con la medida, este intento de modificación de la normativa nunca lograría prosperar. La situación generó que múltiples asociaciones vinculadas a la protección de los derechos de las personas con consumo problemático publicaran un documento en rechazo a esta iniciativa. Disponible en línea:

como en el resto de los países de Latinoamérica, el diseño de la legislación y de las políticas públicas vinculadas a las drogas consideradas ilícitas ha estado orientado por la llamada “guerra contra las drogas”. Esta política surgió originalmente en los Estados Unidos en 1971 durante la administración de Richard Nixon y, desde entonces, ha demostrado poseer una gran influencia estructurante, es decir, la voluntad y la capacidad de establecer las “reglas del juego” para orientar la agenda temática y lograr su acatamiento (Tokatlian, 2017). La adopción de esta estrategia diplomática y militar por parte de los gobiernos latinoamericanos avaló durante décadas la persecución penal de pequeños vendedores y consumidores. La aplicación de este modelo continúa provocando incluso hoy –ya sea por acción directa u omisión– consecuencias deletéreas tanto a nivel individual como societal. Por este motivo, este enfoque de corte represivo es blanco de fuertes cuestionamientos no sólo por numerosos actores de la sociedad civil, sino también por funcionarios de los tres poderes estatales en diversos países.

La sanción de la LNSM en el 2010 y, la posterior aprobación del *Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos* o Ley nro. 26.934<sup>19</sup>, ambas en un mismo plano conceptual, significaron un reposicionamiento del Estado frente a la cuestión del consumo problemático. Aunque cabe aclarar que, de manera parcial, ya que no se derogó la vieja ley de estupefacientes que penaliza la tenencia y el consumo de drogas. Uno de los principales objetivos prácticos de la normativa es promover la creación de programas o planes que aborden integralmente los consumos problemáticos. Asimismo, y en un sentido análogo a la LNSM, esta normativa rige para todos los subsectores del sistema de salud, a la vez que persigue que la atención ocurra preferentemente en instituciones polivalentes y no en dispositivos de especialización.

Por otra parte, tanto el proyecto de ley de salud mental como el de consumo problemático ingresaron casi al mismo tiempo a la CSN. En virtud de este arribo simultáneo de dos proyectos legislativos con objetivos comunes, mi entrevistado Carlos Pereyra, asesor

---

<http://intercambios.org.ar/es/organizaciones-se-oponen-a-la-derogacion-de-un-articulo-de-la-ley-de-salud-mental/>

<sup>19</sup> La Ley no. 26.934, cuya autoría se debe al diputado del FPV Horacio Pietragalla, posicionada en una perspectiva de reducción de daños, concibe al consumidor problemático de drogas como un sujeto de derechos, procurando, además, remover la cuestión del consumo problemático fuera de la esfera de la persecución penal para ubicarla dentro del ámbito de las políticas públicas de salud mental y derechos humanos (Pawlowicz, 2015).

parlamentario de la Comisión de Salud y Deporte del Senado, acordó con la integrante de dicha comisión, la senadora tucumana Beatriz Rojkes, que antes de avanzar con una ley específica sobre adicciones era conveniente sancionar una ley de salud mental marco. Para Pereyra y la senadora, este proceder resultaba más prolijo ya que resultaría sumamente difícil discutir en simultáneo dos proyectos que para muchas personas eran controversiales. A diferencia de otros temas que acapararon gran parte de la atención y el tiempo del debate, el consumo problemático no ocupó un lugar preponderante en la totalidad del proceso legislativo. No obstante, uno de los momentos de mayor tensión giró en torno a esta temática, cuando en la CSN se produjo un fuerte intercambio entre un expositor psiquiatra convocado en tanto especialista en adicciones y algunos de los senadores presentes. Este episodio ocurrió el 23 de noviembre de 2010 en la reunión plenaria. El médico psiquiatra Ricardo Eugenio Nadra –en aquel entonces coordinador del consejo científico asesor honorario de la SEDRONAR<sup>20</sup>–, se refirió al proyecto de ley con media sanción en términos peyorativos. En septiembre del 2006, Nadra ya se había pronunciado a favor de un enfoque represivo en una jornada organizada por la Comisión de Seguridad Interior y Narcotráfico del Senado Nacional, a cargo de la senadora Sonia Escudero, quien en la sesión legislativa correspondiente a la sanción de la Ley no. 26.657 alertó sobre posibles iniciativas despenalizadoras.

En la reunión plenaria del CSN este expositor, de la misma manera que lo hicieron otros psiquiatras, calificó al proyecto de ley como *antipsiquiátrico*, *antimédico* y *anticientífico*. A su juicio, el proyecto de Gorbacz constituía la antesala normativa de una eventual incorporación del modelo de reducción de daños<sup>21</sup> a las políticas de drogas en Argentina. Las críticas del expositor invitado incluyeron también al Ministerio de Educación nacional y a la

---

<sup>20</sup> La Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) es un organismo estatal que se encuentra dentro de la órbita de Presidencia de la Nación. Fue creada por el expresidente Carlos Menem en 1989, el mismo año de la sanción de la Ley nro. 23.737, que persigue y criminaliza a los consumidores de drogas. Inicialmente poseía una serie de funciones dispares y contradictorias entre sí como el diseño de políticas públicas de salud y prevención y la persecución criminal del tráfico de drogas ilícitas. Durante los gobiernos kirchneristas la orientación de las políticas de este organismo fue variando según quien fuese el titular a cargo.

<sup>21</sup> El modelo de reducción de daños es una estrategia de abordaje de los eventuales efectos negativos que pudiese generar el consumo de drogas. Surgió en Europa en las décadas de los 70 y 80 como respuesta al contagio de VIH/SIDA por el uso de drogas inyectables y como una alternativa de intervención ante la evidencia de que las estrategias implementadas no sólo no estaban arrojando los resultados deseados, sino que también incrementaban los daños derivados del uso de drogas.

Asociación Civil Intercambios<sup>22</sup>, a quienes acusó de promover el consumo de drogas en los jóvenes mediante la publicación de una serie de manuales pedagógicos. El asesor Carlos Pereyra, quien se encontraba allí presente, señaló que el tenor de las afirmaciones fue tal que hizo que el senador Filmus —ex ministro de educación nacional—, abandonase una reunión para hacerse presente. Ante esta inusual acusación un grupo de senadoras intervino con el fin de solicitar explicaciones al expositor. El discurso de Nadra no se circunscribió únicamente a la cuestión del consumo problemático, sino que además desplegó una serie de expresiones esclarecedoras en cuanto a cómo un sector de las AMP concebía al proyecto de ley:

“Entonces, primero los médicos somos represores al servicio del poder dominante, encarcelamos a los enfermos mentales y a los adictos, pero cuando el chico viene escupiendo sangre y pedazos de pulmones, entonces, estos reductores de daños desaparecen y nos dejan a nosotros la obligación de rescatarles la vida a estos chicos” (Versión taquigráfica, reunión plenaria de las comisiones en la Cámara de Senadores de la Nación, extracto del discurso pronunciado por el coordinador del Consejo Científico Asesor Honorario de la SEDRONAR, 23 de noviembre de 2010)

En el fragmento citado el expositor de manera irónica le atribuye a la medicina una función represiva respecto a *enfermos mentales y adictos*, algo que de acuerdo con su interpretación haría el proyecto de ley para con la medicina, a la vez que describía al paradigma de reducción de daños como un enfoque que promovería el consumo, pero sin hacerse cargo de las consecuencias de esta supuesta práctica, las cuales serían abordadas y curadas por el médico, encargado de velar por la vida del consumidor de drogas. Esta fue quizá una de las exposiciones más controversiales y fuertes del debate. Representó además de manera clara en la arena legislativa el tipo de paradigma que concibe que las adicciones deben ser tratadas desde una perspectiva abstencionista y represiva. Actualmente nuevos actores que impulsan la derogación de la LNSM suelen valerse del consumo de drogas como argumento. Si bien la normativa aborda la cuestión, lo hace de manera tangencial, ya que en concreto lo referido a la problemática se limita al artículo 4º, no obstante, fue suficiente para generar encendidas frases de repudio por parte de expositores como Nadra. Paradojalmente es probable que el

---

<sup>22</sup> La Asociación Civil Intercambios es una ONG abocada a la investigación y capacitación en temas vinculados a políticas públicas sobre el uso de drogas desde el paradigma de reducción de riesgos y daños.

consumo problemático no estuviese entre los objetivos prioritarios de los defensores de la Ley no. 26.657, no obstante, este tópico fue lo que precisamente les permitió sortear con éxito la instancia senatorial.

### **Los principios de la LNSM**

En el artículo 9° se encuentran condensados los lineamientos que deben orientar el diseño de las políticas públicas en salud mental, a saber: la APS; la interdisciplina; la intersectorialidad y; por último, un tipo de atención asentada en la comunidad o, en otras palabras, que se organice en torno a una lógica extrahospitalaria. Los comienzos del concepto de APS se remontan al año 1978 cuando los Estados miembros de la OMS publicaron la declaración de Alma-Ata. Un documento que contenía una serie de recomendaciones plasmadas en diez puntos. El objetivo principal de esta novedosa propuesta consistía en sentar las bases para la construcción de un nuevo sistema sanitario que garantizara una *Salud para Todos*<sup>23</sup>. Si bien llamativamente se soslayó a la cuestión de la salud mental, la APS original se estructuraba alrededor de una serie de principios progresistas, a saber: cobertura universal; articulación interdisciplinaria e intersectorial; uso de recursos no convencionales; participación de la comunidad en la toma de decisiones y acciones en salud, entre otros. (Stolkiner, 2012). No obstante, y a pesar de haber sido concebida en sus orígenes como una alternativa a los sistemas de salud tradicionales, en pleno auge del neoliberalismo fue reconvertida rápidamente en programas focalizados y orientados hacia las poblaciones menos favorecidas, constituyéndose así lo que se conoció como APS selectiva (Ase, Buriyovich; 2009).

En 1978, de manera simultánea a la irrupción de la APS, el parlamento italiano sancionaba la Ley 180 o *ley Basaglia* –en referencia al médico psiquiatra Franco Basaglia, impulsor de una célebre reforma institucional en la ciudad de Trieste–, que disponía el cierre gradual de los manicomios en Italia. Experiencias como las de Basaglia se inscriben en la tradición de lo que se llamó con el término genérico de antipsiquiatría, un movimiento contestario y

---

<sup>23</sup> A cuarenta años de la Declaración de Alma-Ata y ante la imposibilidad de haber alcanzado el objetivo de una salud para todos, los Estados miembros de la OMS ratificaron el compromiso de garantizar una cobertura universal a toda la población a través de la APS durante la Declaratoria de Astaná que tuvo lugar en Kazajistán en octubre de 2018. La centralidad de la agenda se trasladó de la mortalidad materno-infantil a una serie de nuevos objetivos que se podrían sintetizar de la siguiente manera: salud sexual y reproductiva; perspectiva de género; **salud mental**; medicina occidental y saberes ancestrales; preparación para emergencias humanitarias; cambio climático y resistencia antimicrobiana; enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles, entre otros.

heredero de la resistencia en contra las experiencias totalitarias en la Europa de los años 30 y 40, que propuso una “psiquiatría democrática”, el cierre de los manicomios y la restitución de la ciudadanía a los “locos” (Russo et al, 2006).

Esta reforma posteriormente ofrecería un modelo sanitario para varios países dentro y fuera de Europa interesados en afrontar la institucionalización prolongada y a gran escala de las personas con problemáticas de salud mental. La experiencia *basagliana* significó en este sentido un horizonte para muchos profesionales argentinos de la salud mental. Algunas de las experiencias reformistas en el país precedentes a la discusión y sanción de la LNSM tomaron como norte a la reforma implementada en la ciudad de Trieste. Razón por la cual existe desde hace tiempo un fluido intercambio entre los protagonistas de la reforma de Trieste y profesionales argentinos de la salud mental. De hecho, luego de la sanción de la LNSM y un año antes de su correspondiente reglamentación, se creó en el 2012 la Conferencia Basaglia Argentina con el fin de diseñar acciones que contribuyan a la implementación de la normativa. Aunque la importancia de la experiencia basagliana en el resultado final de la discusión parlamentaria resulta difícil de dimensionar, se podría afirmar que inspiró a algunos de los actores políticos y sociales que se movilizaron para que en Argentina hubiese una legislación similar.

Entre los expositores invitados del ámbito internacional que tuvieron participación en las reuniones organizadas en la CSN, puede mencionarse la intervención de la médica psiquiatra italiana Giovanna del Giudice, quien durante su exposición y después de realizar un breve repaso por los principales puntos de la reforma italiana, destacó las similitudes entre la Ley nro. 180 y el proyecto de ley que ya tenía media sanción. La psiquiatra señaló que con la sanción de la ley se buscaba, al igual que lo pretendido por el proyecto con media sanción, resguardar los derechos de las personas con padecimiento mental. Para alcanzar este objetivo, señaló la psiquiatra de Trieste, la ley italiana trasladó el foco del hospital hacia los territorios. No obstante, remarcó una importante diferencia con el proceso legislativo argentino relativa a la postura de las AMP:

En Italia se aprobó la ley por unanimidad en el parlamento. Y fue apoyada por todos los psiquiatras, tanto los que habían ya tenido experiencias de desinstitucionalización y de trabajo fuera del manicomio como los de la Sociedad Italiana de Psiquiatras. Para nosotros, los médicos en particular, esta fue una oportunidad de rescate, de

reconocimiento y de calificación personal (...) los médicos que están acá no pueden negar los crímenes que se han hecho en los manicomios en los tiempos de paz. (Giovanna del Giudice, médica psiquiatra italiana, 19 de octubre de 2010, Senado de la Nación)

De esta manera, los idearios de estas dos tendencias, los procesos de desinstitucionalización como la Ley no. 180 de Italia y la propuesta de la APS, compartían bases convergentes que confluían en el proceso de diseño y discusión de la ley de salud mental argentina (Stolkiner, 2012). La inclusión de estos principios en el cuerpo de la ley no constituye una excepcionalidad de la Argentina puesto que desde inicios del siglo XXI hasta hoy se ha producido a nivel regional e internacional una revalorización de la propuesta original de la APS (Ase, Buriyovich; 2009). Por otro lado, se debe mencionar a la intersectorialidad como otra de las líneas de acción orientadoras del diseño de las políticas públicas de la LNSM. Este concepto requiere la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida (FLACSO, 2015). La lógica intersectorial se expresa de manera nítida en los artículos 11° y 36° de la normativa, en los cuales se exige a las autoridades de aplicación –Estado nacional y subnacionales–, en coordinación con sus respectivos ministerios o autoridades competentes de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, el diseño de planes de prevención y de inserción sociolaboral destinadas a las personas con un padecimiento mental. En sintonía con la dinámica participativa de lo que fue el proceso de discusión de la ley, los actores estatales intervinientes en el diseño de políticas públicas de salud mental deben procurar en todo momento garantizar el involucramiento comunitario de los actores sociales interesados en la salud mental, en especial, de las organizaciones de usuarios y familiares. La dinámica intersectorialidad se advierte, por ejemplo, en la composición de un organismo al cual la LNSM confiere una gran relevancia, a saber: el órgano de revisión nacional (en adelante “ORN”). Se trata de un actor institucional emergente de la sanción de la Ley no. 26.657 cuya secretaría ejecutiva se encuentra en la órbita de la DGN. Dada la naturaleza interministerial, el ORN está también integrado por representantes provenientes de otros ministerios del PEN. Su conformación no se reduce a funcionarios de los distintos poderes del Estado, sino que también incluye a miembros de ONG y representantes de asociaciones de profesionales. La

adopción de la intersectorialidad en el texto de la normativa se condice con la concepción de la salud mental en tanto fenómeno complejo que no se agota simplemente en aspectos tradicionales como la cuestión farmacológica, el diagnóstico, la psicoterapia, etc. La Ley nro. 26.657 entiende que la salud mental de un individuo o una comunidad no depende únicamente de un abordaje adecuado del cuadro psicopatológico, sino que entran en juego otras variables que no se pueden soslayar al momento de buscar la efectiva inclusión de las personas en el medio comunitario.

Finalmente, y en cuanto a la interdisciplina, uno los elementos que más resistencia despertaría en las AMP, el capítulo V destina a esta importante cuestión los artículos 8, 9, 10, 11 y 12. En el artículo octavo se plantea que la atención en salud mental debe necesariamente adoptar una modalidad interdisciplinaria que contemple la intervención de una pluralidad de disciplinas, a saber: psicología; psiquiatría; trabajo social; terapia ocupacional; enfermería, entre otras. Sin embargo, en la realidad en el campo de la salud mental convergen varias disciplinas cuya convivencia se encuentra lejos de ser armónica. Esta tensión se visibilizó de forma nítida en la arena legislativa, en especial en el Senado de la Nación, donde las AMP, en virtud de su dominio de un saber médico-biológico, desplegaron una férrea defensa de su figura como profesionales. Este actor social, en el marco de las exposiciones legislativas, y por medio del representante de la facultad de medicina de la UBA, el psiquiatra Juan Carlos Stagnaro, cuestionó la utilización del término interdisciplina. Stagnaro y otros proponían, en cambio, incluir otras categorías como multidisciplina. El temor de las AMP era que el trabajo interdisciplinario pudiese entrometerse en las incumbencias profesionales de los médicos. Algunos de ellos llegaron a incluso a afirmar que de aprobarse el proyecto legislativo los psicólogos podrían prescribir psicofármacos, un acto que se encuentra explícitamente prohibido por otras disposiciones legales.

Puesto que en la LNSM la modalidad de abordaje terapéutico se encuentra configurada por la intervención de un conjunto de disciplinas, y no de una sola en particular, el armado de estrategias terapéuticas pretendido posee necesariamente un carácter de orden colectivo, que impulsa a los integrantes de cada disciplina a correrse de su campo de conocimiento de origen con el fin de generar un tipo de práctica profesional nutrida por una diversidad de saberes. Si bien para muchos la concepción del abordaje en salud mental basada en el entrecruzamiento disciplinario pueda parecer en un principio natural, lo cierto es que cuando se analizan los

discursos parlamentarios, se observa que afloró una férrea oposición a adoptar esta modalidad de trabajo conjunto. La lógica interdisciplinaria fue reinterpretada, en algunos casos, especialmente por los representantes de las AMP, como una herramienta de apropiación del conjunto de saberes y prácticas por parte de una disciplina con respecto a otra. Ello se pudo observar con claridad en los discursos de algunos de los representantes de los gremios de medicina:

Respecto de las incumbencias –que son las incumbencias de la profesión de médico–, se habla de la interdisciplina como una cosa un poco complicada y confusa. Porque la interdisciplina no sé sabe bien hasta dónde llega y, por lo que dicen algunos de sus artículos, aquí se necesitaría la firma de otros dos profesionales simplemente para internar a un paciente no siendo médico. Les quiero recordar que la profesión de médico y la sociedad le han dado a los médicos la posibilidad de recetar y una serie de cosas después de doce años de formación en las especialidades. Es decir, para llegar a ser médico hacen falta seis o siete años de facultad y cinco años de especialización. Con lo cual, los mejores años de la vida de un ser humano se consumen estudiando porque la sociedad considera que hace falta un sacrificio importante para poder tener la responsabilidad de recetar e internar. Considero que esto de la interdisciplina puede acortar el camino de otras profesiones y con muchos menos años y formación una persona podrá internar pacientes e, inclusive, prescribir medicamentos. (Exposición en la Cámara de Senadores del médico Jorge Iapichino, presidente de la Federación Médica Gremial de la Capital Federal, 23 de noviembre de 2010)

En el fragmento arriba citado se puede vislumbrar de qué manera para el expositor invitado la interdisciplina constituía una suerte de “atajo” para que otras profesiones intervinientes en los tratamientos de salud mental, se apropiasen de las funciones del quehacer médico –recetar fármacos e internar– sin haber atravesado el sacrificio que, según Iapichino, implica el estudio de la medicina. La controversia en torno a la farmacología planteada por los representantes médicos, no obstante, fue un punto que tuvo receptividad en algunos de los senadores. De hecho, en las reuniones de labor parlamentaria algunos de ellos se negaban a tratar el proyecto de ley con media sanción debido a las dudas que en el proyecto de ley proveniente de la cámara baja hubiese una supuesta intromisión en las incumbencias de la medicina.

Si bien es cierto que la LNSM habilita a otras profesiones a convalidar una internación involuntaria, e incluso permite prescindir<sup>24</sup> de la evaluación de un psiquiatra, siempre y cuando interceda un licenciado en psicología, nada dice sobre esa supuesta autorización en la prescripción de fármacos. En otras palabras, esta mirada propulsada por el mencionado expositor invitado no se correspondía en verdad con la intervención específica que la norma confería a esas otras disciplinas, a quienes sólo se las implicaba en el proceso de la internación involuntaria, más no en lo relativo a la administración de medicamentos. En efecto, esta lectura equivocada y distanciada de los términos de la normativa, fue señalada por la senadora Fellner, quien se detuvo a aclarar al expositor que no había referencia alguna a una supuesta ampliación de las disciplinas en lo que respecta a la prescripción de psicofármacos. Al margen de lo erróneo en la interpretación del médico expositor, lo que resulta verdaderamente significativo es el impacto que la lógica interdisciplinaria, transversal al proyecto de ley, provocó en el imaginario social de los médicos. Es decir, en este discurso se evidenciaba hasta qué nivel este grupo de profesionales se representaba la posibilidad de que su saber fuese compartido con otras profesiones que distaban de tener esa expertise exclusiva de la medicina.

Sin embargo, se debe remarcar que había en el proyecto de ley elementos concretos que desafiaban la posición de hegemonía profesional de la psiquiatría. Por ejemplo, en el artículo 13° de la LNSM, a pesar de las múltiples objeciones de las AMP y gremios de medicina, la legislación sitúa en un pie de igual a todas las disciplinas intervinientes en el proceso terapéutico al permitir que cualquiera de ellas ocupe puestos jerárquicos en los servicios hospitalarios e instituciones de salud mental. Ello adquiere una gran significancia si se tiene en cuenta que, salvo algunas excepciones, tanto las jefaturas en los servicios de internación de salud mental como los cargos de conducción han sido ejercidos por médicos psiquiatras,

---

<sup>24</sup> En la exposición legislativa de Juan Carlos Stagnaro se puede apreciar con claridad el principal argumento de los psiquiatras para detentar con exclusividad la facultad de internar. Según este representante de APSA y de la UBA la internación constituye un acto médico ya que es la única disciplina con la formación necesaria para llevar a cabo esta acción. Lo cual se debe básicamente a que el médico psiquiatra, gracias a su saber orgánico-biologicista, se encuentra en condiciones de identificar el origen que provoca la alteración conductual de la persona que requeriría una internación. Asimismo, argumentaba que el paciente de salud mental es un paciente que por lo general tiende a descuidar su salud física. Motivo por el cual suelen estar medicados por médicos de otras especialidades, siendo el psiquiatra el único en condiciones de determinar posibles interacciones entre dos o más fármacos. En línea con estos razonamientos, fueron varios los expositores médicos que afirmaba que eran ellos los responsables legales frente a la seguridad del paciente y ante la posibilidad de un juicio por mala praxis y, que de no modificarse el proyecto aprobado en diputados advendrían consecuencias negativas para su labor.

especialmente en hospitales públicos. A veces la conflictividad disciplinar entre las AMP y los colegios de psicología o trabajo social<sup>25</sup> suele ser tal que los concursos para cargos de dirección en efectores de salud suelen dirimirse en disputas legales ante organismos administrativos o jurisdiccionales. Por ello, para aquellos profesionales no médicos que se desempeñan en el campo de la salud mental, la Ley no. 26.657 significaba una valiosa herramienta legislativa ya que habilitaba su acceso a los cargos más altos de los servicios públicos de salud mental, que como se mencionó, se encontraban reservados casi exclusivamente para los psiquiatras.

Por último, y con el fin de arrojar luz sobre las tensiones disciplinarias que emergieron en la arena legislativa, no se debe soslayar la mención de la controversia que se generó alrededor del artículo 12°, el cual contribuyó particularmente a acrecentar el rechazo y malestar de las AMP al proyecto de ley. En este artículo se establece que la administración de fármacos debe ser implementada únicamente con fines terapéuticos y nunca como un castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. El artículo prosigue diciendo que debe promoverse que la prescripción de fármacos transcurra preferentemente en un marco de abordaje interdisciplinario. Este pasaje, que asociaba prescripción de fármacos con castigo, fue receptor de críticas incluso por quienes apoyaban el proyecto de Gorbacz puesto que generaba conflictos innecesarios y soslayaba que no sólo los psiquiatras podían cometer faltas éticas o morales. Posteriormente ello fue subsanado en la instancia de la reglamentación del artículo 12° cuando la prohibición de implementar medidas de castigo se hizo extensiva a las otras disciplinas. Sin embargo, contribuyó a generar un mayor clima de tensión entre dos grupos que se disputaban un fragmento de la realidad.

---

<sup>25</sup> En el fallo *Fraile Diana y otro c/Provincia de Buenos Aires s/demanda contencioso administrativo* la Suprema Corte de Justicia bonaerense desestimó una presentación realizada por el Colegio de Psicólogos de La Plata que cuestionaba la exigencia del título de médico para ocupar la jefatura de los servicios de salud mental de los hospitales públicos de la provincia. Para fundamentar su resolución los magistrados se basaron, por una parte, en el decreto de 12751/1948 donde se establece que es responsabilidad y obligación de los jefes de servicios la prescripción de medicamentos y, por otra parte, en la Ley nro. 10.306 de regulación de la actividad profesional de los psicólogos, que les prohíbe la indicación y administración de fármacos. Luego de la admisibilidad de un recurso extraordinario la CSJN confirmó el fallo del máximo tribunal bonaerense argumentando que la sentencia no vulnera el derecho al trabajo. Actualmente, los gremios, asociaciones y colegios de psicólogos para defender la aspiración de uno de sus miembros a ocupar un cargo de conducción o jefatura, suelen apelar la Ley nro. 26657 como una forma de validación legal de sus argumentos.

### **El perfil garantista de la ley**

En el texto de la Ley no. 26.657 la salud mental es concebida no sólo como una cuestión propia de la agenda sanitaria, sino también como un fenómeno indisociable de los derechos humanos. Posiblemente, sea en el artículo 7° donde con mayor claridad pueda apreciarse el perfil garantista. Dicho artículo constituye un catálogo de los derechos mínimos de las personas con un padecimiento mental. En él no sólo se hace referencia a una serie de derechos sociales, culturales, religiosos y laborales, sino que también ya se pueden observar algunos de las piezas claves de la ley que serán retomadas con una mayor profundidad en los artículos subsiguientes, a saber: la figura del órgano de revisión; la internación involuntaria; el consentimiento informado y el involucramiento del paciente en la toma de decisiones con respecto al tratamiento. Las AMP consideraban que la LNSM redundaba en la enunciación de derechos y que carecía del perfil sanitario que una ley de salud requiere. Como se verá a lo largo de este trabajo, fue precisamente gracias a este desplazamiento de la cuestión de la salud mental del campo de la salud al campo de los derechos humanos, lo que colaboró en gran medida para que la ley fuese aprobada.

La marcada presencia de una perspectiva de derechos en el texto de la ley era consecuente con la importancia que tuvo en el proceso legislativo la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación (en adelante SDHN), la cual articuló una importante cantidad de apoyos a través de la coordinación de un espacio conformado por actores sociales e institucionales que se llamó la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos (en adelante Mesa Federal). En general mis entrevistados, tanto aquellos que participaron desde la sociedad civil como desde los distintos poderes del Estado, destacaron la función de coordinación intersectorial que desempeñó la MF.

La idea de una ley nacional de salud mental, en efecto, no provino de sectores vinculados al diseño de políticas sanitarias, como, por ejemplo, funcionarios o técnicos del MSN, ni tampoco fue una propuesta de las asociaciones de profesionales insertos en el sistema de salud mental, sino que surgió de la iniciativa de una coalición transversal Estado-sociedad que compartía marcos de acción colectiva, entendiendo a estos como grupos de creencias orientados a la acción emergente que inspiran significados, actividades y campañas de movimientos sociales (Snow et al, 1986). Los marcos de acción colectiva enfatizan la seriedad y la injusticia de una situación social en particular o, en otras palabras, redefinen

como injusto o inmoral una cuestión que previamente era percibida como desafortunada o incluso tolerada (Snow, Bendford; 1992), en el caso particular de esta investigación, la situación de vulneración de derechos de las personas alojadas en manicomios.

El vínculo entre salud mental y derechos humanos, el cual ocupa un importante lugar del texto de la ley, se puede rastrear hasta los propios inicios del proceso legislativo. En esos primeros momentos, el bloque de actores sociales e institucionales que adherían al proyecto de ley de los diputados del SI entendía a las personas con padecimiento mental como un colectivo cuyos derechos y dignidad habían sido sistemáticamente vulnerados mediante el confinamiento compulsivo e indefinido en instituciones asilares de todo el país. Los grupos impulsores de un proceso de reformas desinstitucionalizantes hacían énfasis en el gran número de personas que se encontraban internadas en hospitales y colonias sin que mediase un motivo que no fuese el mero hecho de tener una problemática de salud mental. El informe *Vidas Arrasadas* desempeñó en este sentido un rol decisivo en la construcción de este argumento.

De este modo, los actores que apoyaban al diputado Gorbacz, así como las personas que lo asesoraron en el diseño del proyecto de ley, partieron de un análisis según el cual el Estado argentino, así como los Estados provinciales, habían ejecutado, o cuando menos permitido, un proceso de internaciones crónicas e indiscriminadas a gran escala, lo cual estaba directamente vinculado al poco desarrollo e inversión en dispositivos alternativos o intermedios. En la cadena de responsabilidades que permitió llegar a un escenario de institucionalización compulsiva, estos actores ubicaban a los jueces y curadores públicos y otros funcionarios judiciales como corresponsables del estado de situación imperante. Por ello, consideraban necesario quitarle a los jueces y otros magistrados la posibilidad de decidir sobre el inicio y fin de una internación involuntaria, para transferir esta facultad a un equipo interdisciplinario. En este sentido, se podría afirmar que la LNSM empodera y fortalece a los profesionales de la salud en lo que se refiere a las siempre controversiales internaciones involuntarias.

Quienes impulsaban la sanción de la LNSM evaluaban como necesario modificar también los pasajes del código civil referidos a la salud mental, puesto que el viejo código civil era opuesto al paradigma encarnado por la nueva ley. Asimismo, como parte de la estrategia parlamentaria, todo lo relativo a la legislación penal se excluyó deliberadamente del proyecto

legislativo con el fin de involucrar un menor número de comisiones parlamentarias. En especial, no se cuestionaron la categoría de inimputabilidad, así como tampoco las denominadas medidas de seguridad, las cuales dejaban a los jueces, un amplio margen de discrecionalidad. Las medidas de seguridad curativas constituyen verdaderos regímenes de excepción, dado que su enunciación normativa como encierros prolongados e indeterminados, en condiciones carcelarias de personas recluidas sólo por su especial constitución y sin referencia alguna a los hechos cometidos, arrojan a determinados sujetos fuera de las garantías del derecho (Lombraña, 2013: 257-258). A pesar de ello, los actores que promovieron la sanción de la LNSM excluyeron deliberadamente lo referente a la situación de las personas con un padecimiento mental en conflicto con la ley penal por un criterio de racionalidad pragmática.

Por otra parte, sí se procedió a modificar el código civil de Vélez Sarsfield<sup>26</sup> dado que comenzó a ser cuestionado tanto por sectores de la sociedad civil como por actores institucionales dado que contenía elementos desfasados de las prácticas sociales actuales. En materia de salud mental, por ejemplo, utilizaba un concepto biologicista de la discapacidad asentado en una mirada netamente médica del proceso de determinación de la discapacidad (Kraut et al; 2011:9). Al mismo tiempo, las personas con un padecimiento mental eran consideradas objetos de tutela y protección cuya toma de decisiones debía ser sustituida. Ello le confería al articulado del código correspondiente a la salud mental un sesgo paternalista contrario a la reivindicación del principio de autonomía presente en la Ley no. 26.657. De acuerdo con los aportes de Laufer Cabrera (2015), los artículos del viejo código relativos a las cuestiones de salud mental no cumplían con los requerimientos mínimos exigidos por los estándares internacionales de derechos humanos toda vez que en su redacción se incluían, entre otros elementos, causales para la internación imprecisas, ambiguas y estigmatizantes – por ejemplo, se autorizaba el alojamiento forzoso del *demente* que perturbase *la tranquilidad*

---

<sup>26</sup> El código civil redactado por Dalmasio Vélez Sarsfield fue promulgado en 1869 y comenzó a regir en 1871. Desde entonces se le realizaron modificaciones durante gobiernos democráticos y dictatoriales. En 1968 se reformó por primera vez cuando se introdujo –entre otros cambios– la figura del divorcio por presentación conjunta de ambos cónyuges. Durante el gobierno de Raúl Alfonsín el Congreso nacional modificó el régimen de la patria potestad, la cual pasó a ser compartida por la madre y el padre. En 1987 se introdujo la figura del divorcio vincular. Esta reforma produjo al interior de la sociedad argentina un intenso debate comparable con otra reforma del código que generó un alto nivel de movilización: la discusión del matrimonio igualitario en 2010. Finalmente, el 1 de octubre de 2014 se sancionó el nuevo código civil y comercial de la nación que entró en vigor el 1 de agosto de 2015.

*pública*. Asimismo, el anterior código no contemplaba mecanismos que aseguraran de manera adecuada el acceso al debido proceso y al derecho de defensa para la persona internada en contra de su voluntad. Por lo que no se garantizaba el derecho a una audiencia judicial en un plazo razonable, ni el acceso a ser representado por un defensor que respetara su voluntad, así como tampoco el derecho a una revisión periódica de las decisiones acerca de la internación (Laufer Cabrera, 2015).

En suma, la aplicación del anterior código civil y de la Ley nro. 22.194 generaban las condiciones para que se produjesen internaciones en instituciones manicomiales basadas en criterios arbitrarios y abusivos. Tal como se verá más adelante, si bien la LNSM contempla las internaciones involuntarias en su texto, introdujo al mismo tiempo un conjunto de salvaguardas con el fin de garantizar que esta medida fuera implementada sólo en algunos casos puntuales y el menor tiempo posible. Por lo tanto, la incompatibilidad entre los principios de la LNSM y los del viejo código civil –que continuó vigente luego de sancionada la Ley no. 26.657– en relación con la capacidad jurídica y a las internaciones involuntarias se zanjó, primero de manera parcial, mediante la inclusión de un apartado de disposiciones complementarias presentes en los artículos 42° y 43°<sup>27</sup> y, tiempo más tarde y de manera definitiva, con la derogación del viejo código civil.

De este modo, y con la entrada en vigor del nuevo CCyCN, se incorporaron elementos que ya habían sido adelantados por la LNSM y la CDPD en cuanto a la figura de la internación involuntaria, la lógica interdisciplinaria y la capacidad jurídica. La reforma del código civil –así como la sanción de la LNSM– se inscribe en un contexto sociopolítico atravesado por un proceso de ampliación de derechos y una creciente valoración de las diversidades societales existentes, que se han ido produciendo los últimos años a nivel local e internacional y, entre cuyos hitos podemos destacar la sanción de leyes como la ley de matrimonio igualitario, identidad de género, la ratificación de la CDPD y su protocolo facultativo, la

---

<sup>27</sup> En concreto, para resolver tales incompatibilidades de regímenes legales, por medio del artículo 42° se incorporó al anterior código civil el artículo 152 ter, el cual quedó establecido de la siguiente manera: “las declaraciones de inhabilitación o incapacidad no podían extenderse más de tres años; las mismas debían estar fundadas en exámenes interdisciplinarios y; por último, se procuraría afectar lo menos posible la autonomía de la persona especificando cuáles eran los actos cuyo ejercicio se limitaban”. Por su parte, el artículo 43° sustituyó el artículo 482 del entonces código civil con el fin de adecuar las causales de internación involuntaria establecidas en la LNSM. De esta manera, entre otras cuestiones, el art. 482 del código civil pasó a limitar el motivo de internación a la presencia de una situación de riesgo cierto e inminente para sí y/o para terceros que fuese debidamente constatada por una evaluación interdisciplinaria.

propia LNSM y el otorgamiento de jerarquía constitucional a la CDPD, entre otras (Amendolaro; Laufer Cabrera y Spinelli, 2015).

### **Las internaciones**

La LNSM destina unos dieciséis artículos para establecer cuáles son las pautas que se deben cumplir cuando una persona es internada en una institución de salud mental, ya sea de manera voluntaria o involuntaria. De la misma manera que con la presencia de numerosos derechos en el proyecto de ley, los representantes de las AMP señalaron que había un exceso de artículos y disposiciones dedicados a la internación. El rechazo a este pasaje de la ley no se limitaba únicamente a la cantidad de artículos sino también a su contenido. Según la Ley no. 26.657, una internación debe reunir dentro de las 48 horas una serie de condiciones, a saber: contar con una evaluación del estado de la persona internada, realizar un diagnóstico interdisciplinario e integral y volcar en un informe las razones que motivaron el ingreso al establecimiento con la firma de por lo menos dos profesionales, de los cuales uno deberá ser psicólogo o psiquiatra; averiguar los datos acerca de la identidad y del entorno social y; de corresponder, deberá figurar el consentimiento informado del usuario o de su representante legal siempre y cuando haya sido obtenido en un estado de lucidez y con un entendimiento acabado de la situación (artículo 16°).

Para Amendolaro (2013) el concepto de lucidez no se limita únicamente a un estado de orientación temporal y/o espacial, sino que se trata de un proceso más amplio, que involucra el acceso a la información necesaria que permita a la persona tomar decisiones informadas de acuerdo con sus propios impulsos. De acuerdo con la Ley no 26.657, si durante el transcurso de la internación se produjese una disminución en el estado de lucidez de la persona por el motivo que fuere, el consentimiento será considerado como nulo. En el caso de la internación voluntaria la persona puede abandonar la institución cuando así lo desee. Sin embargo, si su permanencia se llegase a prolongar más de sesenta días la institución deberá informar al organismo jurisdiccional correspondiente y al órgano de revisión local. En una de las entrevistas realizadas, un representante de las AMP se refirió irónicamente a la figura de la internación voluntaria de la siguiente manera:

Pero en la internación voluntaria, y la verdad es extraño viniendo de un gobierno peronista, que en la voluntaria quede un concepto de la más pura estirpe del liberalismo del siglo XIX. En el sentido del libre albedrío. Pero esa persona que cursa una psicosis, un trastorno bipolar, enfermedades de trastornos mentales severos, no te hablo de un resfrío. Tiene bastante dificultada la posibilidad del libre albedrío. Su libertad interna se ve bastante restringida como para poder decidir (Entrevista con Horacio Vommaro, médico psiquiatra, representante de la APSA).

El entrevistado marca una aparente contradicción entre el resguardo de los derechos individuales consagrados en la LNSM, elemento que sería atribuible a la corriente liberal, y el hecho de que fuese promovida por un gobierno peronista, movimiento político al cual generalmente se suelen asociar los derechos colectivos y contrario al pensamiento liberal. En la segunda parte de la cita Vommaro hace referencia a una tensión inherente al campo de salud mental y que involucra la libertad de las personas que presentan un cuadro de salud mental para decidir sobre cuestiones relativas no sólo al tratamiento, sino también para disponer libremente de su patrimonio y la posibilidad de realizar cualquier acto jurídico. Para el representante de APSA, la persona que atravesase alguna de las afecciones arriba mencionadas no estaría en condiciones de decidir si proseguir o discontinuar una internación. Precisamente en el texto de la Ley no. 26.657 son centrales las nociones de autonomía, participación en la toma de decisiones y dignidad del riesgo. Sin perjuicio de ello, la Ley no. 26.657 contempla en el inciso *d* del artículo 14° que, si en el marco de una internación voluntaria la persona perdiese el estado de lucidez, se deberá proceder como si se tratase de una internación de carácter involuntaria. Por otro lado, se debe señalar que la internación involuntaria constituyó otro elemento disparador de divergencias entre los actores involucrados en la discusión. Mientras que el sector vinculado a las AMP pretendía que la internación involuntaria revistiese un carácter amplio, los activistas a favor de la Ley no. 26.657 buscaban restringir lo más posible la utilización de esta medida, a la cual consideraban restrictiva de la libertad ambulatoria. En este sentido, en el artículo 20° de la LNSM se estableció que “la internación involuntaria debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí y/o para terceros”.

De este modo, se reemplazaba la categoría de peligrosidad, vinculada a la potencialidad y la probabilidad (Diana, Kraut, 2011; Navarro, 2010), por la constatación efectiva de riesgo cierto o inminente para sí y/o para terceros. No obstante, la cuestión de la internación involuntaria generó contrapuntos dentro del bloque de actores sociales que impulsaba el cierre de los manicomios. Los cuestionamientos provinieron principalmente desde ciertas organizaciones de usuarios que, apoyándose en el artículo 12° de la CDPD<sup>28</sup>, planteaban que esta figura debía ser prohibida dado que, en este pasaje de la convención, y de acuerdo con su interpretación de este, se establecía que una persona no podía ser detenida en virtud de su discapacidad. En efecto, y tal como se ha desarrollado, la internación terminó ocupando un lugar preponderante en el proceso legislativo. Ello se debió a que los sectores que impulsaban cambios en las políticas de salud mental partían de un análisis según el cual en Argentina se había llevado a cabo un proceso de internaciones indiscriminadas en instituciones manicomiales.

En cambio, las AMP no sólo negaban que se hubiese llegado a la situación denunciada por los organismos de derechos humanos, sino que también atribuían al proyecto de Leonardo Gorbacz destinar demasiados artículos a las internaciones, así como de carecer de lineamientos más concretos sobre cuestiones como la APS, la salud mental infanto-juvenil<sup>29</sup> y la tercera edad. Más allá de estos señalamientos críticos emitidos de manera oral, las organizaciones de medicina no contaban con una producción documental de efecto que respaldara sus argumentos de la forma que sí lo hacía el informe *Vidas Arrasadas* para quienes apoyaban la sanción de la LNSM. Este documento, en efecto, contribuyó a instalar entre los legisladores de ambas cámaras que al interior de estas instituciones se configuraban situaciones de extrema gravedad, siendo la consecuencia más ostensible de esta decisión-

---

<sup>28</sup> Si bien este artículo insta a los Estados parte a garantizar el derecho a la libertad y seguridad de las personas con discapacidad, también contempla la posibilidad de que se produzcan *detenciones* o *privaciones* de la libertad en el marco de un proceso jurisdiccional. En tal caso los Estados deberán asegurar a este grupo social el acceso a garantías en línea con el derecho internacional de los derechos humanos y, también a un trato conforme a los principios de la Convención.

<sup>29</sup> La referencia a la cuestión infanto-juvenil corrió por cuenta del psiquiatra Roberto Pallia, representante de la Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto-Juvenil y Profesionales Afines, profesor de la UBA y miembro del Hospital Italiano de la CABA. En su exposición legislativa trazó una división en los campos de incumbencia y de especificidad en niños y adultos, un elemento que según su punto de vista no estaba presente en ninguno de los proyectos de ley a los cuales tuvo acceso. Por último, consideraba que la *ley* –estimo que hacía referencia al proyecto de Gorbacz– no enunciaba de manera clara la interrelación entre salud, educación y trabajo. A lo que la senadora Díaz, integrante de la comisión de salud y deporte, respondió que no se trataba de algo inadecuado ya que la ley lo que hacía era dar un marco general a la atención en salud mental.

omisión del Estado la excesiva concentración de personas internadas sin un criterio de salud objetivo en manicomios. Por consiguiente, este grupo de actores sociales se apoyaba en este escenario para promover la restricción de los criterios justificantes de las internaciones en hospitales monovalentes. Según las palabras de una de las entrevistadas:

El cambio de paradigma pasa también porque hay un cambio de un modelo de encierro, una estructura de salud que promueve como única respuesta para una persona con padecimiento mental para su asistencia el encierro, a un modelo que promueve el sostenimiento de la vida de la persona en su contexto, con sus afectos, con espacio para sus deseos y no que se le corte la vida por una internación, sino que se la pueda acompañar en su comunidad, que eso es lo que todavía falta: una red de servicios. (Extracto de entrevista con Mariana Baresi, abogada e integrante de ADESAM)

Ahora bien, con las internaciones involuntarias en establecimientos privados se configura una situación particular en torno al posicionamiento del Estado, concebido éste como quien detenta el monopolio de la violencia física y simbólica legítima (Weber, 1971; Bourdieu, 2012)<sup>30</sup>. El hecho de que haya agentes privados con la facultad de ordenar una internación involuntaria, es decir una privación legítima de la libertad de un sujeto con el fin de imponerle coercitivamente la realización de un tratamiento, revela que en estos casos puntuales el Estado delega a terceros la potestad de llevar adelante una internación involuntaria. Si bien el Estado continúa presente a través del control ejercido por ciertos organismos fiscalizadores a los cuales me referiré a continuación, lo singular de esta situación es que agentes privados –empresas de medicina prepaga y clínicas privadas– sujetos a las leyes del mercado y lógicas empresariales en la gestión de la salud, puedan realizar privaciones de la libertad ambulatoria bajo determinadas condiciones.

Más allá de que estos agentes privados de la salud mental conservaban la decisión de internar y externar, la LNSM implicaba un mayor control estatal en sus actividades a partir de la incorporación de figuras tales como el abogado defensor y el órgano de revisión, que, en tanto actores estatales, participarían según sus funciones en los procesos de internación. En

---

<sup>30</sup> Corresponde señalar que Max Weber en su conocida obra *Economía y sociedad* concibió al Estado como aquel que detenta el monopolio de la violencia legítima. Es en este marco de discusión en torno a la definición del Estado que Bourdieu incorporó en ese concepto célebre de Weber la dimensión simbólica de la violencia, en el sentido de que ella es la condición de la posesión del ejercicio de la propia violencia física. Esta consideración llevó a Bourdieu a definir al Estado como *el monopolio de la violencia física y simbólica legítima*.

este sentido, la figura del abogado defensor de personas institucionalizadas por cuestiones de salud mental se constituye como una garantía del debido proceso estipulada por la LNSM en el artículo 22<sup>31</sup>. La figura del *defensor* ya existía en algunos instrumentos internacionales de derechos humanos, como por ejemplo en los *principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*, adoptados por la Asamblea General de la ONU el 17 de diciembre de 1991. Tanto el abogado defensor como el órgano de revisión deben cumplir una serie de tareas como solicitar informes, realizar señalamientos y visitar a sus asistidos cuando lo consideren necesario. No obstante, el poder decisorio sobre el ingreso y egreso de la institución, el otorgamiento de permisos de salida fuera del ámbito institucional, y las intervenciones terapéuticas, constituyen facultades indelegables del equipo terapéutico interviniente (artículo 23°). Si bien el juez detenta la potestad de convalidar las internaciones involuntarias indicadas por un equipo interdisciplinario, esta nueva legislación impide a los magistrados tanto de ordenar internaciones como de autorizar externaciones motu proprio.

En este sentido, y en el marco de las exposiciones senatoriales, José María Martínez Ferrete, médico legista e integrante del Cuerpo Médico Forense –un organismo dependiente de la CSJN–, se manifestó en contra de que los magistrados perdieran la potestad de disponer el ingreso involuntario a una institución por motivos de salud mental, puesto que, a su criterio, que un equipo interdisciplinario tuviese esta atribución revestía carácter inconstitucional. De hecho, utilizó como ejemplo los presos a disposición del PEN en tiempos de dictadura para enfatizar que el único poder del Estado en condiciones de privar de la libertad ambulatoria a un individuo era el judicial. Durante el debate por la LNSM se encontraba en juego ni más ni menos quiénes y cuándo detentarían la facultad de ordenar el encierro compulsivo de personas por cuestiones no penales. La Ley no. 26.657 empodera a los profesionales del

---

<sup>31</sup> Con el fin de garantizar el acceso a la justicia de las personas internadas involuntariamente en establecimientos de salud mental públicos y privados, la Defensora General de la Nación, Dra. Stella Maris Martínez, creó mediante la resolución 558/11 la Unidad de Letrados Art.22 Ley 26657. Esta dependencia, cuyo titular es el abogado Mariano Laufer Cabrera, se encuentra conformada por un cuerpo de abogados y un equipo interdisciplinario asesor que cuenta entre sus integrantes, en sintonía con el espíritu interdisciplinario de la LNSM, con psiquiatras, trabajadores sociales y psicólogos. Sin perjuicio de ello, se debe destacar el carácter limitado de la intervención de la Unidad de Letrados ya que su ámbito de aplicación está circunscripto únicamente a la CABA por una cuestión jurisdiccional. La defensa técnica de personas privadas de su libertad por cuestiones de salud mental a nivel país es irregular y resulta difícil de precisar el nivel de implementación.

campo de la salud mental al otorgarles un poder que históricamente ha estado del lado o de los magistrados o de las fuerzas de seguridad.

Una vez que la persona se encuentra dentro del ámbito institucional los equipos terapéuticos y efectores de salud intervinientes son los encargados de promover en la medida de lo posible la continuidad de los vínculos con el entorno social de la persona internada, salvo que, por razones de carácter terapéuticas debidamente fundadas se deba proceder en un sentido contrario (artículo 14°). La internación durará el menor tiempo posible y su conveniencia será determinada exclusivamente por un equipo interdisciplinario cuyos integrantes provengan de distintos campos. Si el equipo de salud tomará la determinación de proceder a una derivación, ya sea para realizar un tratamiento de manera ambulatorio o bajo la modalidad de internación, se deberá procurar que el usuario cuente con la contención y el apoyo sociofamiliar necesario en el medio terapéutico al cual será trasladado. De realizarse esta medida sin el consentimiento de la persona la institución estará obligada a notificar al órgano de revisión (artículo 30°).

Por otra parte, se contempla también en el cuerpo de la ley que la permanencia del usuario en una institución de salud mental no deberá responder a problemáticas sociales, como ser la ausencia de una vivienda. Si la internación se llegase a prolongar por esta razón el juez tendrá la obligación de ordenar al órgano administrativo correspondiente que disponga los recursos necesarios a efectos de proceder a una externación lo más rápido posible. Este punto no es menor si se tiene en cuenta que en el informe *Vidas Arrasadas* (CELS, 2007) se advierte que un porcentaje considerable de las personas internadas en establecimientos de salud mental lo hacía de manera prolongada porque simplemente no contaban con un lugar para vivir. El sistema de atención en salud mental terminaba por asumir funciones para las cuales nunca fue diseñado y, entorpecía a la vez, el acceso a un tratamiento a las personas que sí atraviesan una situación de emergencia. Por ello reviste una gran relevancia lo planteado en el artículo 35° ya que insta a la autoridad de aplicación a realizar un censo nacional cada dos años de todas aquellas personas que se encuentren en el ámbito de establecimientos de internación públicos y privados.

Otro punto en torno al cual se generaron tensiones fue el referido a qué disciplinas eran las habilitadas para indicar las internaciones involuntarias. En efecto, el proyecto de ley de Gorbacz planteaba que debía ser necesaria la firma de dos profesionales de distintas

disciplinas, de los cuales uno debía ser obligatoriamente psiquiatra o psicólogo. Esta disposición generó particularmente el rechazo de las AMP, ya que sostenían que una internación constituía siempre un acto médico. Planteaban, en este sentido, que nunca se podía prescindir de una evaluación médica antes de proceder a una internación en un hospital de salud mental. El principal argumento se basaba en que los médicos eran portadores de un saber orgánico-biologicista necesario para discernir el origen de un episodio agudo de salud mental, un saber que, de acuerdo con su perspectiva, carecían los profesionales de otras disciplinas, particularmente los psicólogos.

Esta crítica, cabe aclarar, no sólo provino de los representantes médicos, sino que también fue reproducida por algunos legisladores que tomaron la palabra en el pleno legislativo, en especial de aquellos con formación universitaria en medicina. Por ejemplo, en las audiencias que se realizaron en el Senado, tanto la senadora Di Perna, autora de un proyecto de salud mental que luego fue retirado, como el senador neuquino Horacio Lores, ambos médicos de profesión, declararon en línea con los argumentos de las AMP, que la medicina era la disciplina apropiada para llevar a cabo un diagnóstico diferencial que permitiese dilucidar si la alteración conductual de una persona a punto de ser internada respondía a causales orgánicas o psíquicas. De hecho, el senador Lores solicitó dejar registro en las versiones taquigráficas de su disidencia con el inciso a) del artículo 16°, precisamente donde se establece que la firma para autorizar una internación puede ser de un psiquiatra o un psicólogo. Esta clase de críticas se enmarcaban en un cuestionamiento más general a la normativa de acuerdo con la cual el proyecto de ley de Gorbacz promovía una suerte de superposición de incumbencias, en especial de la psicología y la psiquiatría. La senadora Di Perna, en su exposición, fue aún más lejos al afirmar que la iniciativa parlamentaria tal como estaba redactada contradecía algunos de los artículos de las leyes no. 17.132 y no. 23.277, de ejercicio de la medicina y de la psicología respectivamente, las cuales impiden a los psicólogos prescribir psicofármacos; lo cual, tal como ya se dijo, con la LNSM seguía reservado exclusivamente a la medicina, y constituía en realidad una interpretación errónea de lo referido a la interdisciplina en el proyecto de ley en discusión.

Siguiendo la línea argumentativa de los senadores Di Perna y Lores, debían ser los profesionales médicos los encargados de indicar la medida de internación junto a otro profesional, preferentemente un psicólogo. Sus discursos en el pleno legislativo se

correspondían con el testimonio aportado por el representante de la OPS, Hugo Cohen, quien afirmó que hubo una resistencia corporativa de algunos de los legisladores médicos a tratar y aprobar el proyecto de Gorbacz, como por el ejemplo del senador y médico oncólogo José Pampuro, el cual desde su cargo de la presidencia provisional del Senado bloqueó el tratamiento del proyecto en el recinto. En algunos casos la formación universitaria de los parlamentarios pareciera haber influido en el comportamiento legislativo de cara a una normativa que se proponía impulsar un reordenamiento disciplinar en el campo de la salud mental. A modo ejemplificativo, resulta oportuno rescatar la intervención del senador y ex ministro de educación Daniel Filmus, quien en la sesión de votación dedicó una parte de su discurso para exponer en tanto ex presidente del Colegio de Sociólogos e impulsor de la ley de ejercicio profesional de la sociología, con el fin de que se incluyese la figura del sociólogo en el articulado dedicado al equipo interdisciplinario. Las AMP contaron no sólo con el apoyo de algunos de los legisladores médicos, sino también con el de un actor clave en todo el proceso legislativo como lo fue el MSN, cuya oposición a la LNSM se debía precisamente a que el funcionariado de la cartera sanitaria se encontraba conformado mayormente por médicos. Por ello no resulta llamativo que en un tramo del proceso legislativo desde este actor institucional se haya entorpecido el tratamiento del proyecto de ley cuando se discutía en la CSN. Sin embargo, y más allá de que gracias a la intervención de la JGM se haya podido bloquear la estrategia obstruccionista del MSN, es difícil imaginar una aplicación exitosa de la normativa si en esta institución existe una cultura institucional contraria a los principios y valores de la LNSM. Por eso mismo a futuro pueda ser interesante impulsar investigaciones que den cuenta de los puntos de vista y perspectivas de los funcionarios que ocupan espacios de decisión en este organismo estatal.

### **La institucionalidad de la LNSM**

En el artículo 27° se establece la prohibición de crear “nuevos manicomios<sup>32</sup>, neuropsiquiátricos e instituciones de internación monovalentes”, públicos o privados. Las

---

<sup>32</sup> En la reglamentación del artículo 27 (Decreto reglamentario 603/2013) se fija el año 2020 como fecha límite para el cierre y sustitución definitiva de todos los manicomios en territorio argentino según se estableció en el Consenso de Panamá adoptado en la Conferencia Regional de Salud Mental convocada por la OPS-OMS. Se plantea asimismo que debía realizarse una desconcentración gradual de los recursos –materiales, humanos, insumos y fármacos– desde los hospitales monovalentes hacia la red de servicios con base en la comunidad.

instituciones de estas características existentes tendrán que adaptarse a lo planteado en la normativa hasta que se alcance su sustitución definitiva por una red de dispositivos comunitarios. Asimismo, las internaciones por cuestiones de salud mental tendrán lugar en hospitales generales, para lo cual, deberán poseer los recursos necesarios, ya sea de infraestructura adecuada o el personal debidamente capacitado para hacer frente a estas situaciones. Incluso, si el efector sanitario se negase a brindar la atención adecuada sólo por tratarse de una problemática de salud mental será considerado como un acto discriminatorio (artículo 28°). De hecho, el gremialismo médico, particularmente el de la CABA, se expresó en contra de que los hospitales generales absorbiesen la demanda en materia de internaciones por motivos de salud mental.

Naturalmente, para sustanciar estas reformas se preveía que, a partir de la entrada en vigor de la ley, el PEN se comprometería en un plazo no mayor a tres años a incluir en los proyectos de presupuesto un aumento de las partidas presupuestarias destinadas a salud mental hasta alcanzar un 10% del presupuesto total destinado al área de salud (artículo 31°). Algunos alzaron su voz en contra de este punto ya que, de haber una reducción de los recursos destinados a las políticas sanitarias, pasaría en consecuencia lo mismo con la salud mental. En el ámbito de la autoridad de aplicación (MSN) se creará una dependencia específica en la temática –la DNSMyA– que elaborará un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos en el cuerpo de la legislación. También será tarea de la autoridad de aplicación realizar sugerencias a las universidades públicas y privadas a fin de que adapten sus programas de estudio a los lineamientos establecidos en la ley.

La SDH pasó a formar parte de las instituciones encargadas del diseño de las políticas públicas de salud mental, un acontecimiento en línea con el desarrollo del proceso legislativo y el protagonismo que adquirió este organismo. En efecto, en el artículo 34° se determina que, junto a la autoridad de aplicación y las jurisdicciones, la SDH participará en la confección de los estándares de habilitación, así como en la supervisión de las instituciones de salud mental. Tanto las empresas de medicina prepaga, las obras sociales y el sector público –nacional, provincial y municipal– se encuentran obligados a brindar cobertura en salud mental de acuerdo con los lineamientos establecidos en la normativa. La autoridad de aplicación en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) detenta la tarea de supervisar el proceso de adecuación de los prestadores (artículo 37°).

Dentro de la órbita de la DGN se creó uno de los pilares político-institucionales de la Ley no. 26.657, a saber: el ORN. Es un organismo público con una composición intersectorial y equitativa conformada por una serie de actores estatales y no estatales, a saber: el Ministerio de Salud; la SDH; el Ministerio Público de la Defensa; y, por último, tres organizaciones provenientes de la sociedad civil, entre las que se incluyen asociaciones de personas usuarias de los servicios de salud mental. En un contexto político particular que valoriza la participación de la sociedad civil, surgen nuevas formas de regular con órganos inéditos producto de la hibridación Estado-sociedad civil (Surel, 1997). Gabriela Spinelli (2016), abogada e integrante del ORN, señala que las funciones de este organismo se dividen en tres grupos<sup>33</sup>: a) funciones operativas que prevén la intervención en casos concretos, entre los cuales se destaca la revisión de las internaciones de carácter involuntario y las internaciones voluntarias prolongadas, el control de las derivaciones a instituciones cerradas y el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad; b) funciones de supervisión y monitoreo de las condiciones de alojamiento; y c) funciones político-institucionales, tales como realizar recomendaciones a las autoridades de aplicación, realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental con el fin de garantizar los derechos humanos, controlar el cumplimiento de la Ley no. 26.657, solicitar la intervención judicial ante situaciones irregulares y hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en las que existiese irregularidades.

Dado que la prestación del servicio de salud se encuentra descentralizada y a cargo de los gobiernos provinciales, se le atribuyó al ORN la función de promover la creación de órganos revisores en los estados provinciales<sup>34</sup>. De allí que sea central la articulación entre el ORN y las estructuras estatales consolidadas, como las autoridades de aplicación nacional y provinciales. También es clave que haya una delimitación y diferenciación clara de las funciones de aquellas agencias y el ORN para evitar superposiciones. Ozlak y O'Donnell (1981) advierten sobre esta situación cuando expresan que la creación de aparatos burocráticos o adjudicación de nuevas funciones a organismos preexistentes, que quedan

---

<sup>33</sup>Disponible en <http://www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/revista/Revista%20MPD%202016.pdf>.

<sup>34</sup> Como consecuencia de la articulación política-institucional del ORN con las provincias, desde 2013 ya se han creado trece órganos de revisión provinciales. Asimismo, existen en otras cinco jurisdicciones proyectos de ley impulsando la creación de este organismo en los respectivos poderes legislativos locales.

formalmente a cargo del abordaje y de la futura resolución de la cuestión o algunos de sus aspectos, pueden provocar una superposición y, por lo tanto, una relación ambigua que actúe como una fuente de conflictos con otras burocracias. Aquí vale señalar el aporte de Ozlak en cuanto a la imagen del Estado argentino como un cementerio de proyectos, una imagen según la cual todo Estado debe ser considerado como una estructura desarticulada, siendo el Estado argentino una estructura deficientemente articulada y compuesto por capas geológicas de distintas reformas que pretendieron alcanzar objetivos de largo plazo (Acuña et al, 2010). Para que esto no suceda, y frente a una realidad política zigzagueante, es necesario que el ORN controle el cumplimiento de la Ley no. 26.657.

Por otro lado, como se irá analizando a lo largo de esta investigación, muchos de los protagonistas que participaron en las distintas instancias del proceso legislativo se incorporaron posteriormente a las nuevas estructuras burocráticas creadas por la Ley no. 26.657. Tal fue el caso, por ejemplo, de la ex jueza de familia de la Provincia de Buenos Aires, María Graciela Iglesias, quien desde el 2013 hasta hoy ha sido ininterrumpidamente la secretaria ejecutiva del ORN. Su exposición en la CSN se destacó particularmente ya que generó conmoción entre los allí presentes. De hecho, una vez finalizada su intervención Iglesias fue felicitada por los senadores que presidían la reunión de comisión, un gesto inusual que no se repitió en los parlamentarios. En un discurso marcado por la emotividad, la expositora invitada se refirió a su experiencia vivida con personas con padecimiento mental en el ejercicio de su función como jueza de familia. Desarrolló cómo a veces en el campo penal los imputados disponían de mayores derechos y garantías que en un proceso de internación por cuestiones de salud mental. La parte final de su exposición en el CSN versó en torno al modelo de restricción de la capacidad jurídica, el cual, a su criterio, debía ser también modificado, no sólo porque generaba graves restricciones y perjuicios a la persona involucrada, sino porque además el Estado argentino acababa de adherir a la CDPD, lo cual exigía que se implementaran reformas en línea con las exigencias de este instrumento internacional. La referencia a los instrumentos internacionales de derechos humanos y a la obligación del Estado nacional a adecuarse a estos, fue un elemento recurrente en los discursos de los participantes. En el capítulo siguiente me abocaré a este contexto permeado por el discurso de los derechos humanos, que atravesó todo el debate previo a la sanción de

la LNSM, y sin el cual probablemente no se hubiese adoptado en Argentina una legislación de tales características.



## **Capítulo 2: Factores político-institucionales que posibilitaron la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental**

### **La política de derechos humanos en la década kirchnerista**

La sanción de una normativa con las características de la LNSM se explica en gran parte gracias a que durante la década pasada el enfoque de derechos como paradigma adquirió una marcada presencia en las interpretaciones del rol del estado en las políticas públicas. La jerarquización de la cuestión de los derechos puede ser leída como parte de la necesidad del proyecto kirchnerista de edificar una identidad político-cultural propia de alcance nacional (Loreti, Lozano; 2017). Una necesidad que convergió con demandas históricas e insatisfechas de numerosos actores de la sociedad civil que hasta entonces no habían encontrado asidero en el poder político de turno. Si bien es cierto que la puesta en valor del paradigma de los derechos humanos permeó la agenda de los tres poderes del Estado y del espectro político en general como nunca desde el retorno de la democracia, en el caso particular del proyecto kirchnerista la defensa de los derechos humanos se erigió como una suerte de piedra angular de su identidad. Por ello no debe extrañar que los funcionarios de la SDHN se hayan plegado tan prontamente al proyecto surgido de un bloque legislativo que no era el oficialista, sino un aliado parlamentario.

La alianza entre el oficialismo y una pluralidad de grupos de la sociedad civil fortaleció un rico proceso de ampliación de los umbrales de ciudadanía que tuvo al Congreso nacional como un actor institucional estratégico (Herrera, 2016). Luego de que el foco estuviese puesto sobre los delitos de lesa humanidad, el alcance de esta política pasó a abarcar a diferentes grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad. Esta dinámica Estado-sociedad civil le otorgaba al oficialismo un eficiente mecanismo de construcción de capital político. No obstante, la alianza gobierno-organismos de derechos humanos no estuvo exenta de críticas. Distintos referentes políticos, mediáticos y sociales, de distinta procedencia ideológica, denunciaban una *cooptación* de estos actores de la sociedad civil y sus demandas por parte del PEN. De la misma manera que se hicieron frecuentes las acusaciones contra el gobierno kirchnerista de negar las iniciativas de juzgamiento de los militares culpables de

delitos de lesa humanidad previo a su arribo al poder<sup>35</sup>. Estas tensiones propias de la década kirchnerista fue0 reproducida por los actores que participaron del debate parlamentario de la ley de salud mental. Ángel Barraco, coautor de la Ley nro. 448 de la CABA, y miembro MDTI, acusó al oficialismo de capitalizar la discusión por la LNSM a través de la Mesa Federal:

*...fue una mesa muy sesgada política y partidariamente. Era más representante del kirchnerismo. Era algo más vinculado a la secretaría de derechos humanos. Lamentablemente sesgaron...yo creo que el gran error que cometieron con el tema de los derechos humanos. Yo creo que haber cerrado lo que era el tema de los derechos humanos y haberlo asociado a un gobierno terminó generando un daño muy grande. Muchas divisiones. (...) Hubo un intento de apropiación de la ley. El gobierno kirchnerista quiso hacer parecer que fue una ley de ellos. Y esto cayó muy mal y generó mucho daño. La ley fue previa al gobierno...igual yo no quito que hubiese un apoyo tácito para que se sancionara la ley. En el momento que votaron por unanimidad te das cuenta de que la ley fue votada por todos los bloques. Esto es lo significativo. (Fragmento de la entrevista con Ángel Barraco, miembro del Movimiento de Desmanicomialización y Transformación Institucional)*

Mientras que algunos de mis entrevistados consideraron que de no haber sido por la intervención e interés de un importante sector del gobierno kirchnerista y, en términos más generales, a un clima de época signado por el paradigma de los derechos humanos, la ley nunca hubiese sido aprobada, otros consideraban que su sanción constituía un triunfo colectivo producto de una lucha histórica de organismos de la sociedad civil, que por medio de una asociación estratégica con determinados actores institucionales fueron capaces de influir en la casi totalidad del cuerpo legislativo respecto a la necesidad de aprobar una legislación rupturista en materia de salud mental. La primera de estas líneas argumentativas será abordada en este capítulo, y la segunda en el tercer y último capítulo de este trabajo.

La etapa política y social durante la cual tuvo lugar el proceso legislativo precedente a la sanción de la LNSM inició con las declaraciones de inconstitucionalidad de las leyes de obediencia debida y punto final, así como de los indultos emitidos por el expresidente Menem. Algunos de los procesos sociopolíticos ocurridos posteriormente se basaron en el

---

<sup>35</sup> Artículo disponible en: <https://www.perfil.com/noticias/domingo/de-quien-son-los-derechos-humanos.phtml>

reconocimiento de viejas demandas sociales que habían sido desatendidas por los gobiernos anteriores y, que, por primera vez, encontraban en el Estado un aliado para materializar sus reclamos, entendidos como parte de una agenda amplia de derechos humanos (Loreti et al, 2017).

El proyecto de ley de salud mental constituía un viejo anhelo de una multiplicidad de organizaciones de la sociedad civil que veían en el manicomio, y en un sector del poder psiquiátrico, los garantes de un orden injusto que por mucho tiempo atentó contra los derechos de un grupo vulnerable e históricamente relegado por el Estado. Este conglomerado de actores<sup>36</sup> vio en la etapa inaugurada por los juicios a los responsables de los delitos de lesa humanidad, una coyuntura proclive para concretar a través de los distintos poderes del Estado una nueva visión en cuanto a cómo debía estructurarse el sistema de atención de salud mental argentino. A modo de ejemplo, la sanción en 2010 de una nueva ley de matrimonio, que convirtió a la Argentina en el primer país de América Latina en reconocer el matrimonio entre personas del mismo sexo, constituye un caso testigo de cómo ciertos grupos en una coyuntura política favorable logran, por medio negociaciones y acuerdos, introducir sus demandas en la agenda del poder político. Para los activistas involucrados en este proceso, la sanción del matrimonio igualitario les insumió numerosas discusiones y la puesta en práctica de un fino trabajo de convencimiento de múltiples actores. Este hecho político significó un hito en el debate público del país debido a que inauguró un clima de época marcado por un gran nivel de movilización social. De hecho, la LNSM fue sancionada en la sesión legislativa posterior a la sanción del matrimonio igualitario.

Como se ha mencionado, la SHDN desempeñó una importante función en el proceso de canalización, articulación y materialización de las demandas y propuestas de los actores de la sociedad civil que impulsaban un cambio de paradigma en la legislación de salud mental. Este organismo dependiente del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación (en adelante MJN) apoyó activamente al proyecto de ley de salud mental

---

<sup>36</sup> La sanción de la LNSM fue apoyada por una diversidad de actores sociales e institucionales. Particularmente se destacaron los organismos de derechos humanos; las asociaciones de usuarios y familiares; los colegios y federaciones de psicólogos y trabajadores sociales; funcionarios provinciales; funcionarios nacionales de la SDH, la DNSMyA y el INADI; novedosas asociaciones de salud mental que fueron creadas al calor de la discusión como ADESAM y el Movimiento, y otras una mayor trayectoria como la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM); facultades nacionales de psicología y también trabajo social y asociaciones que nucleaban a facultades; representantes de organismos internacionales; representantes de organizaciones sociales del exterior; entre otros.

presentado por Gorbacz, incluso cuando este legislador no era parte del oficialismo. El involucramiento de la SDHN en el tema era de tal magnitud que llegó a participar directamente en el proceso de redacción del articulado relativo a la cuestión de los derechos de los usuarios. Luis Alem, un funcionario de la secretaría muy cercano a Luis Duhalde –el secretario de derechos humanos–, tuvo una gran importancia en lo referido a los aspectos técnico-legales del proyecto. Tanto Alem como Victoria Martínez, psicóloga y funcionaria de la SDHN promovieron la formación de espacios de diálogos con los secretarios de derechos humanos provinciales, lo cual fue crucial para que la ley fuese aprobada.

El concepto de *estructura de oportunidades* o contexto político constituye una herramienta teórica pertinente para arrojar luz sobre las condiciones de posibilidad de la Ley No. 26.657. Hiller (2010) propone pensar los contextos políticos como coyunturas, o escenarios espaciotemporales inestables en el cual confluyen una multiplicidad de problemáticas con diversos grados de notoriedad y, donde existen procesos de retroalimentación entre determinada cuestión y su contexto. Si bien el debate por la LNSM no provocó una gran notoriedad mediática ni social, su sanción constituyó un acontecimiento inescindible de un contexto sociopolítico durante el cual se sancionaron numerosas leyes vinculadas a la ampliación de los umbrales de ciudadanía, a saber: la anulación de las varias normativas de obediencia debida y punto final; la ley de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes; la ley de migraciones; la ley de matrimonio igualitario; la ley de identidad de género, y la incorporación a nuestro plexo normativa de la CDPC, entre otras normativas relevantes.

La aprobación de la Ley no. 26.657 se inscribió en este particular contexto político de reconocimiento y ampliación de los umbrales de ciudadanía y, más concretamente, dentro de una agenda legislativa que permitió que se adoptaran normativas y políticas reclamadas desde hace largo tiempo por un amplio espectro de actores sociales. En línea con el desarrollo teórico del politólogo francés Yves Surel (2008) en su trabajo “*Las políticas públicas como paradigmas*”, la aprobación de la LNSM se encuadra en un proceso de legitimación entre Estado y sociedad civil, que se diferencia de los mecanismos tradicionales de la representación mediante el voto. El análisis del proceso legislativo permite pensar la sanción de la LNSM como parte del proceso de democratización acontecido en nuestro país desde el retorno de la democracia. Estos procesos de consolidación democrática no sólo se refieren a

las instituciones del sistema republicano sino también a la ampliación de los derechos considerados legítimos (Hiller, 2010), de modo que es en este ámbito y bajo estas lógicas que ha de situarse la comprensión de la sanción de la LNSM.

### **Antecedentes normativos**

La sanción de la Ley no. 26.657 ocurrió concomitantemente con la consolidación de una agenda legislativa tendiente a garantizar los derechos de los usuarios de los servicios de salud, como por ejemplo la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (en adelante LDP o Ley no. 26.529) y su modificatoria, o Ley no. 26.742, comúnmente conocida como Ley de Muerte Digna (en adelante LMD), así como también la Ley no. 26.862 o Ley de Reproducción Medicamente Asistida. Sancionada también por una amplia mayoría en ambas cámaras un año antes de la sanción de la LNSM, la LDP posee entre sus principios rectores la obligatoriedad del consentimiento informado en el caso de tratamientos riesgosos; el derecho a no recibir un tratamiento en la eventualidad de estar en estado de inconsciencia; el derecho del paciente a recibir información veraz, suficiente, clara y oportuna sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, entre otros. Algunos de estos derechos fueron enunciados en el texto de la LNSM. Antes y durante el proceso de sanción de la LNSM, circulaba en los diferentes poderes del Estado, incluyendo al Ministerio Público, una agenda en materia de salud y discapacidad tendiente a modificar la relación médico-paciente:

*...argentina ya había avanzado en leyes que modificaban la relación médico-paciente como por ejemplo la ley de derechos del paciente, que es previa a la ley de salud mental, había todo un marco de cambios normativos que fue anterior a la ley de salud mental. La convención de los derechos de las personas con discapacidad fue un cambio en el mismo sentido. Promueve la autonomía de las personas con discapacidad y eso incluye a las personas con problemas de salud mental. Y tenés la ley de derechos del paciente que otorga a los pacientes de cualquier especialidad derechos que antes no tenía. Teníamos un esquema muy paternalista en la relación médico-paciente y eso cambia previo a la ley de salud mental con la ley de derechos del paciente. (Fragmento de la entrevista con Leonardo Gorbacz, ex diputado nacional por Tierra del Fuego y coautor de la LNSM)*

Había al momento de discusión de la Ley no. 26.657 una agenda que avanzaba hacia la consolidación de los derechos de los usuarios del sistema salud. Con la sanción de la LDP se pretendía acabar con el *sesgo paternalista* aún subsistente en la atención médica y, de modo análogo a lo pretendido por la LNSM, promover el principio de autonomía en la toma de decisiones de los pacientes. Se pretendía despojar a este binomio de la dinámica asimétrica y paternalista para instituir un nuevo tipo de vínculo, el cual, al encontrarnos todavía en una etapa de transición, no se encuentra del todo consolidado (Garrefa, 2006).

El senador chubutense Marcelo Guinle, autor de la LDP, argumentaba que la iniciativa abordaba la desigualdad presente en el binomio médico-paciente, una asimetría vincular que había sido ampliada por la irrupción de avances tecnológicos en el campo de la medicina, y por la despersonalización propia de los masivos sistemas sanitarios modernos. Los legisladores esgrimían como argumentos válidos los antecedentes internacionales disponibles en la materia, particularmente, el *Convenio sobre los Derechos del Hombre y la Biomedicina* suscripto por la Unión Europea en 1997, donde se incluyeron cuestiones como el derecho al consentimiento informado, a la información y a la intimidad.

Conscientes de los roces el proyecto podría provocar con las asociaciones de medicina, en distintos pasajes de sus exposiciones, los senadores aclaraban que la LDP no constituía un marco regulatorio de la medicina, sino que procuraba más bien equilibrar la relación médico-paciente. A pesar de estas explicaciones, en los fundamentos del proyecto el senador Guinle señaló que en la Ley de Ejercicio de la Medicina no se hallaban las disposiciones legales suficientes que garantizaran la obligación del profesional a informar al paciente acerca de los riesgos del tratamiento u operación. La concepción de paciente sujeto de derechos, autónomo, con potestad para decidir sobre su vida, su salud e incluso la muerte, todas cuestiones históricamente bajo la autoridad exclusiva de la figura del médico, irrumpieron en la arena legislativa durante la década kirchnerista. La aparición de estos modernos principios que debieran regir la relación médico-paciente en el campo de la salud condujeron, entre otras cosas, a que se crearan dentro de las instituciones hospitalarias nuevos actores –denominados comúnmente como comités de ética– con el fin de brindarles una adecuada canalización institucional (Garrefa, 2006).

Por su parte, el debate alrededor de lo que se convertiría en la LMD surgió con una serie de casos controversiales que generaron conmoción social. La gestión médica del final de la vida

se posicionó con fuerza en el debate público. Si bien en el pasado hubo intentos de regular este tipo de derechos, fue recién en el contexto político y social de la década pasada que se aprobó una ley regulatoria de esta clase de intervenciones médicas. De modo similar a lo sucedido con otras leyes afines, la LMD aunó un amplio consenso político que condujo a que fuese votada por una amplia mayoría de los legisladores en ambas cámaras del Parlamento. Legislar sobre esta cuestión puede ser interpretado como una señal del Congreso nacional para dar respuestas concretas a situaciones penosas y urgentes, percibidas como “deudas con la sociedad”, en un contexto político de ampliación de derechos y de una agenda legislativa de claro corte progresista (Alonso et al, 2016). El tratamiento legislativo de esta ley se caracterizó por no haber convocado únicamente a profesionales portadores de un saber experto, sino que también se escucharon en el Parlamento las demandas de los familiares de los pacientes, una característica compartida con el proceso legislativo de la Ley no. 26.657. La presencia de los actores directamente afectados en la arena parlamentaria, por lo general constituidos en grupos o asociaciones, constituyó un sello de la década pasada que se repitió en el tratamiento legislativo de numerosos proyectos de ley, tal como fue el caso de la LNSM, cuando se convocaron a las exposiciones en el Senado a asociaciones de usuarios y familiares. Por otro lado, y en el plano internacional, la CDPD fue señalada por distintos actores intervinientes como un antecedente de relevancia. Fue adoptada por la Asamblea General de la ONU en 2006 en un escenario internacional de fortalecimiento del paradigma de los derechos humanos en la agenda de los Estados. Este tratado pasó a concebir la discapacidad como una categoría dinámica resultante de la interacción entre la afección de una persona y las barreras socioinstitucionales que entorpecen la plena participación en la vida comunitaria. Dicho de otro modo, ubica a los obstáculos del entorno social donde se encuentra inmerso el sujeto como el principal factor explicativo de la discapacidad, a la vez que desplaza del centro de la escena a la cuestión orgánico-patológica, un dominio reservado al saber y praxis médica. Este nuevo paradigma se denominó modelo social de la discapacidad, según el cual, la centralidad no se halla en las limitaciones internas del sujeto, sino más bien en las barreras creadas por la propia sociedad cuando brinda los servicios destinados al reconocimiento de las necesidades de las personas con discapacidad (Palacios, 2008). Yendo puntualmente al debate legislativo en estudio, podemos decir que entonces la Ley no. 26.657 estaba en línea con el espíritu de la CDPC, puesto que, si leemos la situación de los usuarios de salud mental

en Argentina a la luz del modelo social de la discapacidad, se entiende que el manicomio y la escasa oferta de dispositivos ambulatorios y el pobre desarrollo de programas de inserción sociolaboral, constituirían verdaderos obstáculos para la vida social de este colectivo, y no la presencia de un cuadro psicopatológico o un diagnóstico.

Esta concepción de la discapacidad obliga a los Estados a repensar tanto el entramado normativo como la economía política por la cual se rigen las políticas públicas en esta materia (Acuña et al 2010). Por ello, la incorporación de la CDPD y su Protocolo Adicional en mayo de 2008 al entramado legislativo argentino por medio de la sanción de la Ley no. 26.378 emerge como un acontecimiento de suma relevancia en el proceso de discusión de la LNSM. Las expresiones del médico psiquiatra Hugo Cohen, representante de la OPS al momento de la discusión legislativa, denotan la importancia que tuvo la irrupción de la CDPD en el direccionamiento del debate por la ley de salud mental:

*Argentina ni necesitaba una ley para desarmar y hacer cerrar los manicomios. La propia CDPD ya lo determina. Porque se violan los artículos donde se establecen los derechos de las personas con discapacidad, uno tras otro. Pero bueno, una ley es como que afina y profundiza. Pero ya lo propia convención es mucho más poderosa como argumento jurídico legal que una ley de país. (...) Derogarán la 26657 pero también tendrán que derogar la Constitución nacional porque es la que establece cada uno de los derechos.” (Entrevista con Hugo Cohen, médico psiquiatra, representante de la OPS)*

La influencia de esta convención internacional es de tal magnitud que posteriormente a la sanción de la LNSM el Congreso argentino le otorgó jerarquía constitucional<sup>37</sup>. La gravitación política que han adquirido a lo largo de los últimos años los organismos e instrumentos internacionales, como por ejemplo NU y la CDPD, constituye un factor de suma relevancia al momento de comprender el porqué de la sanción de la Ley no. 26.657. Desde hace tiempo la importancia de los derechos humanos en las relaciones internacionales empuja a los Estados nacionales a incorporar a estos instrumentos, a veces por convicción propia y compromiso con los derechos humanos, otras veces, por la presión moral que implica el

---

<sup>37</sup> El 19 de noviembre de 2014 el Poder Legislativo argentino mediante la sanción de la Ley nro. 27.044 le confirió jerarquía constitucional a la CDPC de la ONU en los términos del artículo 75 inciso 22 de la Constitución Nacional.

hecho de ser vista como una nación cuyo gobierno elude un compromiso internacional (De los Santos, 2008).

Tanto la suscripción de tratados internacionales como el funcionamiento de cortes internacionales permiten sostener la influencia en el ámbito doméstico de este vector internacional a lo largo del tiempo (Leiras, 2007:35). La presión internacional muchas veces es encauzada por organizaciones de la sociedad civil que ven incrementada a nivel local su participación e incidencia política gracias a la creciente consolidación de una agenda internacional. Esta variable cumplió una importante función en el debate legislativo en estudio, puesto que dotó a los actores sociales que propugnaban por una reestructuración de la atención en salud mental, de una serie de efectivas herramientas argumentales que, en líneas generales, se basaba en exhortar al Estado argentino a que cumpla con los compromisos asumidos ante la comunidad internacional en materia de respeto por los derechos humanos.

En este sentido, la CDPD no se trata de un mero instrumento declarativo de principios, valores y derechos relativos a la discapacidad, sino que avanza un paso más al determinar los estándares básicos y los medios instrumentales a través de los cuales esos principios, valores y derechos dejan de ser virtuales para materializarse en una realidad concreta (Acuña et al, 2010). Bajo este enfoque, se entienden a los instrumentos internacionales de derechos humanos como principios de actuación concretos para los Estados. Son un norte que marca el alcance de los fallos de los organismos jurisdiccionales de un país. A la vez que poseen una importante función orientativa en el diseño de las políticas públicas destinadas a materializar esos derechos y garantías<sup>38</sup>.

Durante décadas el escenario político-institucional en materia de discapacidad se configuró en un marco de disputa permanente entre dos paradigmas, el social y el médico-rehabilitador. De este modo, con la incorporación de la CDPC el Estado se inclinó, al menos en un plano formal, en favor de un modelo en particular en detrimento del otro. Es decir, que finalmente,

---

<sup>38</sup> Para algunas miradas este fenómeno propio de la mundialización puede ser interpretado como una amenaza a la soberanía del Estado nación, mientras que para otros constituye una salvaguarda ante los posibles atropellos que puedan cometer los Estados contra la ciudadanía. No obstante, hoy en día parecieran haber aflorado los cuestionamientos a este proceso de internacionalización de la mano del avance de un ideario de extrema de derecha encarnado por líderes que se presentan como *anti-élites* y que claman por un regreso a los límites del Estado nación sumando a ello en muchos casos un cierto componente étnico (Sanahuja, 2019). En sus discursos resulta habitual la presencia de una diatriba en contra de los mandatos del multilateralismo y de los regímenes normativos internacionales.

optó por el modelo social de la discapacidad como el paradigma rector de las políticas públicas por sobre el modelo médico-rehabilitador. Sin embargo, aún es habitual encontrar en el campo de la salud mental situaciones ambiguas y contradictorias con una persistencia de conflictividad entre ambos modelos o paradigmas<sup>39</sup>. Además de encontrarse atravesadas por esta clase de tensiones entre actores que basan su accionar en torno a modelos de atención diferentes, las políticas de salud mental deben también lidiar con las deficiencias estructurales del sistema que la contiene, a saber: el sistema de salud, sobre el cual me referiré a continuación.

### **El sistema de salud argentino**

Nuestro sistema de salud atravesó a lo largo de las últimas décadas una profunda crisis de sus formas organizativas y sus posibilidades financieras, lo cual acompañó con su propio ritmo y sus particulares contradicciones, las condiciones de crisis social, económica, cultural y política que el país debió enfrentar en las décadas de los ochenta y noventa (Belmartino, 2005). Para Acuña y Chudnovsky (2002) las principales características del sistema sanitario en Argentina son la fragmentación y desarticulación. Ambos rasgos se consolidaron en la década del 90 con la reforma del Estado, la cual fue ejecutada por el gobierno de Carlos Menem, y durante la cual se consolidó definitivamente el proceso de transferencia de los servicios públicos de salud del Estado nacional hacia los poderes ejecutivos provinciales y la Ciudad de Buenos Aires (Tobar, 2012).

Bisang y Cetrángolo (1997), quienes analizan este proceso desde una perspectiva fiscal, sostienen que la transferencia de servicios formó parte de una estrategia de redistribución de los recursos fiscales entre la nación y las provincias. En otras palabras, la descentralización no buscó aproximar los servicios de salud a las distintas poblaciones, sino que más bien persiguió aliviar la situación financiera del Estado nacional. Con la consumación del proceso de transferencia del servicio de salud del Estado central a las provincias en los años 90, el

---

<sup>39</sup> Un ejemplo de la coexistencia de dos paradigmas lo constituye lo sucedido en torno a la sanción de la Ley de Salud Mental no. 448 de la CABA, normativa que comparte con la LNSM el mismo espíritu de desinstitucionalización y, que, tras haber sido sancionada en el 2000 por la Legislatura porteña, continúa inmersa en un estado de casi total incumplimiento debido a la presión ejercida por distintos actores que ejercen una defensa cerrada del hospital monovalente. Si bien desde su sanción fueron creados algunos nuevos dispositivos terapéuticos, la matriz del sistema basado en el hospital monovalente no se vio alterada.

funcionamiento interno del sistema se caracterizó principalmente por una “autonomía relativa” en cuanto a la toma de decisiones de los tres niveles de gobierno –nacional, provincial y municipal– con escasos mecanismos de coordinación tanto en el plano estratégico como en el orden operativo (Chiara, 2013). La complejidad del sistema sanitario atravesó algunos pasajes del proceso legislativo, de hecho, ya con la presentación del primer proyecto de ley de salud mental, a cargo de la diputada De Brassi, surgieron rápidamente miradas y puntos de vistas divergentes en torno a si una eventual ley de salud mental debía ser de carácter obligatorio u optativo para las provincias, dada su autonomía para la aplicación de políticas de salud. Antonio Di Nanno, siendo aún titular de la UC, en efecto, sostenía que sancionar una ley federal de cumplimiento obligatorio en todo el país constituía una alternativa de difícil aplicación dadas la diversidad de leyes y capacidades de las provincias respecto a las políticas de salud mental. En su lugar, consideraba conveniente diseñar un plan nacional de salud mental sin recurrir previamente al PL. Posteriormente, cuando el proyecto de ley de Gorbacz comenzó a avanzar en el Parlamento, se movilizó junto a las AMP para evitar que el proyecto de ley se sancionara.

Entonces, si bien el sistema de salud mental presenta particularidades propias, como la internación prolongada de pacientes en hospitales durante años o décadas (CELS, 2007), muchas de sus falencias son comunes al sistema de salud, como por ejemplo la fragmentación y la disparidad en el acceso. Ambos factores fueron también remarcados tanto por actores sociales como institucionales en las audiencias públicas realizadas en la CSN. A continuación, se recupera un fragmento de la exposición del senador Lores –de profesión médico– quien remarcó lo siguiente:

*...nosotros tenemos un sistema de salud absolutamente fragmentado, inequitativo, con distintas puertas de entrada a los sistemas según la condición socioeconómica (...) La aplicación de estas normas legislativas tienen que estar de acuerdo con el desarrollo paralelo de nuestro sistema de salud. Esta es una responsabilidad nuestra, como legisladores debemos hacer un esfuerzo para mejorar nuestro sistema de salud en términos de equidad y de accesibilidad. Esto es válido para todos los aspectos de la atención médica incluyendo el campo de la salud mental (Intervención de Horacio Lores, Senador por Neuquén, 24 de noviembre de 2009).*

En Argentina, esta dificultad en el acceso se debe en parte a la fragmentación estructural que caracteriza al sistema de salud, lo cual se explica por la coexistencia desarticulada de tres subsectores, a saber: el sistema de medicina prepaga; las obras sociales; y el sistema público de salud. A la falta de integración entre las partes que lo componen se debe agregar la presencia de poderosos actores económicos y políticos, a saber: las empresas de medicina privada; los laboratorios nacionales e internacionales; los sindicatos; y, finalmente, las asociaciones y gremios de medicina. La intervención de estos actores con poder político y económico condiciona las alternativas que tiendan a alterar el estatus quo<sup>40</sup>. La presencia de una multiplicidad de poderosos actores con una diversidad de intereses tiene también como efecto, a veces contrapuestos, que se produzca una cierta disolución de la responsabilidad ejecutiva por los cuidados de salud de la población (Tobar, 2017)

Estos poderosos actores se han visto favorecidos a lo largo del tiempo por la histórica debilidad operativa e institucional del MSN<sup>41</sup>, la máxima autoridad en materia sanitaria del país (Acuña, 2002). En lo que respecta a la sanción de la Ley no. 26.657, de los actores con poder de veto arriba mencionados, sólo se visibilizaron en la arena legislativa las AMP y el gremialismo médico. A su vez, y a pesar de su ausencia en las diferentes instancias públicas de discusión, resultó frecuente que, en las entrevistas sostenidas con mis entrevistados, en particular con quienes apoyaron la LNSM, se asociara a los gremios y las AMP con el accionar de los laboratorios. En algunas de las entrevistas se mencionó incluso al golpe

---

<sup>40</sup> En el gobierno del radical Raúl Alfonsín, fue nombrado interventor del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) el médico Jorge Mera. En ese entonces una gran parte de la población contaba con la cobertura médica provista por las obras sociales debido a los mayores niveles de empleo formal. A pedido del entonces ministro de salud nacional, el médico Aldo Neri, se traspasó el INOS desde el Ministerio de Trabajo al Ministerio de Salud y Acción Social. En este marco se diseñó con la anuencia del ministro Neri el proyecto de ley del Seguro Nacional de Salud, el cual buscaba terminar con la disociación entre el sistema público y de la seguridad social. Eventualmente el proyecto nunca prosperó debido a la oposición de los líderes sindicales que por entonces tenían fuertes lazos con los diputados del PJ. El entusiasmo que generó el proyecto de ley en un primer momento se fue diluyendo hasta que finalmente tanto Neri como Mera renunciaron a sus cargos. En la etapa de discusión de la LNSM en el Senado Aldo Neri jugaría un rol de importancia en favor de la sanción de la ley.

<sup>41</sup> El MSN fue degradado al rango de secretaría durante la gestión Cambiemos en el marco de un plan de reestructuración del organigrama ministerial so pretexto de enviar señales de austeridad fiscal a los acreedores del país. Con el recambio de autoridades el presidente Alberto Fernández le restituyó su estatus original. Si bien estos vaivenes institucionales puedan parecer una simple anécdota, ponen de relieve la falta de consenso en una parte considerable de la clase política argentina en cuanto a la importancia de las políticas sanitarias para el país. Actualmente la propagación del virus Sars-Cov-2 y la consecuente declaración de la pandemia por parte de la OMS han puesto –al menos momentáneamente–, el foco sobre nuestro sistema de salud y sus restricciones tanto funcionales como presupuestarias. Probablemente nos encontramos oportunidad inmejorable para reflexionar sobre una cuestión que ha sido relegado sistemáticamente de la agenda pública argentina durante mucho tiempo.

militar de 1966 contra el radical Arturo Illia como un ejemplo de la intervención de la industria farmacéutica en la vida política del país<sup>42</sup>.

Por otra parte, existen estudios que se han preguntado si la influencia de la industria farmacéutica en la formación y desempeño laboral de los psiquiatras, tiene algún tipo de impacto en distintas cuestiones como la construcción de clasificaciones y nosografías, la indicación de ciertos fármacos sobre los cuales recaen dudas en cuanto a su eficacia y seguridad e, incluso, sobre el efecto presupuestario que puede causar una sobreutilización de psicofármacos (Mata *et al*, 2003; García *et al*, Vispe 2011). Sea como fuere, a pesar de no haber tenido una intervención directa en el debate público, la figura de los *laboratorios* formó parte del discurso tanto de actores sociales y políticos, particularmente de quienes apoyaron el proyecto sancionado. Constituyó un elemento discursivo que pretendía dotar a la conducta política de las AMP de un móvil primordialmente económico, y que emergió con una mayor nitidez en las entrevistas.

En términos de obstáculos para la implementación de la LNSM, el escaso interés que despiertan las políticas públicas de salud y de salud mental, tanto en la agenda política y social, conspiran también contra cualquier intento de reforma o mejora atencional que se pretenda hacer. De ahí que cualquier iniciativa con fines reformistas se topará con dos grandes obstáculos, a saber: una alta conflictividad producto del enfrentamiento con poderosos actores y, al mismo tiempo; una falta de incentivos que impulse al gobierno de turno a modificar el escenario existente (Acuña *et al*, 2002). La LNSM se podría encuadrar en esta categoría de cuestiones que revisten una escasa valoración para el sistema político y el electorado. Uno de los entrevistados para este trabajo, el representante de la OPS Hugo Cohen, recordó que durante la discusión de la Ley no. 26.657 se convocaron a dos *abrazos*

---

<sup>42</sup> El gobierno del radical Arturo Illia presentaba una debilidad de origen. Asumió en el marco de una democracia restringida por la proscripción del peronismo de la vida política argentina. Con un 19,7% de votos en blanco, el partido de Illia, la UCR del Pueblo, consiguió un pobre 25,1%. Desde el inicio, su gobierno estuvo atravesado por múltiples conflictos con los actores de relevancia de aquella época, como el sindicalismo y las distintas facciones del ejército. Incluso existían internas hacia dentro de su partido como la tensa relación con el caudillo radical Ricardo Balbín. La pronta anulación de los contratos petroleros firmados por Arturo Frondizi le valió el rechazo del empresariado extranjero. Esta medida, sumado a la regulación de la industria automotriz y al proyecto de ley de medicamentos, que buscaba regular los precios en sus etapas de producción y comercialización, fueron interpretados por el empresariado nacional y transnacional como una injerencia indebida del Estado en los asuntos económicos y, por lo tanto, fue uno de los factores que desembocaron en el derrocamiento del gobierno radical (Rapoport, 2013: 495). Si bien del golpe participaron otras fuerzas sociales, como ciertos medios de prensa, el sindicalismo vanguardista, y la facción azul del ejército, en el imaginario social el golpe contra Illia quedó fuertemente asociado a su intento de regular la industria farmacéutica.

al Congreso nacional en apoyo al proyecto de ley, los cuales tuvieron una muy baja convocatoria. El entrevistado contrastó con cierta ironía el escaso número de concurrentes en comparación con la gran cantidad de psicólogos y psiquiatras asentados en el AMBA.

A la luz del lugar que ocupa la salud mental en el debate público, por lo general de manera breve, espasmódica y alrededor de preceptos estigmatizantes sobre las personas con un padecimiento de salud mental, cabe preguntarse si este mismo desinterés o desconocimiento que caracterizó al proceso legislativo en estudio haya operado de manera favorable a la sanción de la LNSM. Una de las entrevistadas de ADESAM, en efecto, sugirió que esta falta de interés favoreció a los objetivos de su organización, ya que una amplia difusión de que en el Congreso nacional se estaba discutiendo una ley cuyo fin era “poner a los locos en la calle”, podría haber generado temor y desconfianza en la sociedad.

### **El rol de la Jefatura de Gabinete de Ministros**

Durante los mandatos de Cristina Fernández, se comenzó a objetivar un viraje en la estrategia operativa del MSN. La erradicación de las barreras de acceso y la búsqueda por garantizar una cobertura homogénea de un conjunto de prestaciones constituyeron algunos de los principales objetivos de la política sanitaria de la última década (Chiara, 2013). La pretensión de universalizar la atención sanitaria no constituye un fenómeno ceñido a la Argentina, se trata, en realidad, de una tendencia que ha ido ganando adhesiones tanto en la agenda de la academia como en la gestión de políticas de salud (Martínez Franzoni, Sánchez Ancochea; 2013). Por ejemplo, la OMS y OPS han sido promotores destacados de esta concepción universalista de la salud. En Argentina, durante esta etapa política en particular, esta tendencia se materializó por medio de programas nacionales como el NACER, el SUMAR y el REMEDIAR, en los cuales el accionar del MSN se concentró en construir relaciones directas con la población procurando regular aspectos críticos de la práctica médica e institucional en un marco de respeto de las autonomías provinciales (Chiara, 2015). Para ello el Estado nacional movilizó una serie de incentivos monetarios y no monetarios (medicamentos, equipamiento médico, incentivos por producción, entre otros) que se volcaron en los Centros de Atención Primaria a la Salud (CAPS) y, en menor medida, en hospitales provinciales y municipales (Chiara et al, 2017).

Luego de la sanción de la Ley no. 26.657, el MSN comenzó a tener injerencia directa en el abordaje de problemáticas de salud mental a través de la asignación de dispositivos terapéuticos a distintos territorios del país, como por ejemplo los equipos de abordaje psicosocial (EAPS). La creación de la Casa Salud e Inclusión (Casa SIS) en la órbita del MSN con el fin de asistir a personas con una problemática de salud mental en conflicto con la ley penal puede también ser citado como un ejemplo de esta nueva estrategia. Si bien el alcance más bien limitado de estas medidas puede ser objeto de discusión, el hecho de que el MSN haya buscado establecer lazos directos con los beneficiarios de determinadas políticas públicas, constituye una verdadera novedad tras décadas de descentralización. En lo que concierne a la salud mental, cabe recordar que anteriormente el área del MSN destinada al abordaje de la salud mental, la UC, apenas tenía unos diez empleados, no contaba con recursos presupuestarios suficientes y por lo tanto carecía de una estructura operativa dinámica.

En cambio, la nueva DNSMyA incorporó a más de cien empleados, un número inédito en la historia de la cartera sanitaria nacional. Este cambio en la estrategia implementada por el MSN es un elemento explicativo de relevancia al analizar el escenario político e institucional que permitió que se sancionara la LNSM, toda vez que dicha normativa es susceptible de ser interpretada como un esfuerzo del gobierno nacional de homogeneizar determinados estándares en las prestaciones ante la multiplicidad de escenarios existentes en las jurisdicciones provinciales. Como lo señaló el entonces director nacional de Salud Mental y Adicciones:

*La situación es muy dispar. Justamente la ley viene a instalar cierto criterio de equidad respecto de los presupuestos, para que un habitante no tenga distinto trato por el hecho de estar en una provincia o en otra de este país, porque bajo el respeto del federalismo y en base a los compromisos nacionales e internacionales que tiene nuestro país, también nos debemos un criterio de equidad y es que, si un habitante está en las provincias de San Luis, Río Negro, de Chubut, de Santa Cruz o de Tierra del Fuego, tiene un tipo de trato y, si está en las provincias donde el único recurso es el manicomio, tiene otro (Intervención de Yago Di Nella, Director Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), 19 de octubre de 2010).*

Los defensores del proyecto pretendían un marco regulatorio común para un escenario nacional fragmentado. Una de las medidas que este grupo de actores sociales e institucionales consideró pertinente fue que el impulso de este proceso de homogeneización territorial de la

salud mental estuviese a cargo de una dependencia con asiento en el MSN. Así, y en este marco de reposicionamiento por parte de la cartera sanitaria, se creó DNSMyA<sup>43</sup>. Un área ejecutiva con un rol fundamental puesto que era la encargada de diseñar el Plan Nacional de Salud Mental. La dirección fue incluso creada cuando aún se discutía la ley en la CSN. Lo cual constituye un importante indicio de la determinación que existía en un sector del PEN con respecto a avanzar en una agenda de reformas en salud mental. La intervención del MSN en la arena legislativa, por medio del titular de la DNSMyA Yago Di Nella, fue explícitamente en favor de que se sancionara el proyecto de ley de Gorbacz, lo cual contrastaba con la postura de algunas líneas intermedias del ministerio, así como de sus autoridades. Un funcionario internacional de la OPS relató una anécdota ilustrativa al respecto que tuvo lugar durante la gestión de Juan Luis Manzur:

*Te cuento una anécdota. Yo no me acuerdo bien por qué, pero había ido al segundo piso, que es el despacho del ministro de salud. Y ahí me encontré con uno de sus asesores, que yo ya conocía de Tucumán. Uno de mis primeros viajes como asesor a Argentina fue a Tucumán. Me reuní con el ministro y sus asesores. Era todo el equipo que después terminó en Buenos Aires, en Nación [Ministerio de Salud]. Entonces, a uno de ellos me lo encuentro en el pasillo, nos saludamos y le dije que tenga suerte en la gestión. El pegó la vuelta y yo me fui. Camino ahí nomás y me llama. Ahí me dice: doctor Cohen, desmanicomialización no. Y me acuerdo así el gesto [mueve de un lado al otro el dedo índice en sentido negativo]. Yo le dije: “¿por qué doctor?”. Y me respondió porque no es el momento. Cuando se dice así hay que preguntar cuándo es el momento y quién lo determina. Y mientras tanto qué pasa con las personas. (Entrevista con Hugo Cohen, médico psiquiatra, representante de la OPS)*

Cohen, quien jugó un papel activo en la arena legislativa, llegó incluso a tener prohibida el ingreso al MSN por su estrategia desplegada en apoyo al proyecto de ley. Esta prohibición fue finalmente levantada una vez que Manzur fue reemplazado en el cargo por Daniel Gollán. Las tensiones entre el representante de la OPS, las AMP, el gremialismo médico y las autoridades del MSN constituyeron uno de los episodios más conflictivos del proceso de debate parlamentario. Algunos de mis interlocutores familiarizados con la dinámica y funcionamiento del MSN, subrayaron que la presencia de cierta oposición de este actor

---

<sup>43</sup> El 5 de abril de 2010 mediante el decreto 457 se crea en la órbita del Ministerio de Salud la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones con dependencia directa de la Secretaría de Determinantes de la Salud Mental y Relaciones Sanitarias con el fin de fortalecer las políticas públicas en salud mental. En cuanto a los antecedentes institucionales de la dirección de salud mental, se debe subrayar que la última dependencia nacional de políticas de salud mental con mayor jerarquía se remonta al gobierno de Raúl Alfonsín, cuando se designó al psiquiatra Vicente Galli como titular de una dirección, organismo que luego sería degradado por la reforma del Estado de los años noventa.

institucional a la LNSM respondía a que sus *segundas y terceras líneas* de funcionarios siempre han mantenidos lazos estrechos con las asociaciones y gremios de medicina, o en palabras de los entrevistados, con la *corporación médica*. A modo de ejemplo, el anteriormente nombrado Antonio Di Nanno, psiquiatra y funcionario del MSN a cargo de la extinta UC, era a su vez, secretario de la Asociación de Médicos de la Actividad Privada (AMAP). Finalmente, los roces permanentes con miembros del MSN constituyeron uno de los factores que llevaron a que Di Nella decidiera no continuar en su cargo<sup>44</sup>.

También incidió en ello la partida de Aníbal Fernández de la JGM en 2011 –cargo que volvería a ocupar en 2015 luego de un paso por la CSN– a causa de una serie de diferencias con la presidenta Cristina Fernández. El tiempo que Di Nella se desempeñó como funcionario del MSN, el ex jefe de gabinete operó como una suerte de padrino político. Esta figura es sumamente importante en la trayectoria de los funcionarios con influencia en las decisiones de carrera a futuro, tanto para las derrotas como para los triunfos, tanto para los enfrentamientos y exclusiones como para las solidaridades y las oportunidades de retener espacios a lo largo del tiempo (Gené, 2014). De este modo, Aníbal Fernández operó como una suerte de protector ante la hostilidad de la cúpula del ministerio para con Di Nella. Fernández intercedió más de una vez cuando las autoridades del ministerio pretendieron quitarle a la nueva dirección de salud mental parte de sus recursos presupuestarios –los cuales por cierto habían excedido con creces las expectativas de Di Nella al alcanzar los 24 millones de pesos anuales al momento de su creación– con el fin de utilizarlos para financiar otras áreas y programas del ministerio. En efecto, la mayoría de mis entrevistados señalaron que el jefe de gabinete, en aquel entonces una figura gravitante en el esquema de poder oficialista apoyaba la sanción de la normativa, no de manera directa sino a través de otras figuras como Di Nella, y la fiscal Mónica Cuñarro, quien desplegó una activa participación en el proceso de discusión como representante del Ministerio Público Fiscal.

De hecho, el decreto reglamentario de la ley, el cual como ya se mencionó tardó casi tres años en publicarse, situó en la órbita de la propia JGM a la estratégica *Comisión*

---

<sup>44</sup> En su lugar asumió la psicóloga Matilde Massa, perteneciente a la agrupación Kolina y muy cercana a la ministra de Desarrollo Social de la Nación Alicia Kirchner. Si bien el desplazamiento de Di Nella no cayó bien entre quienes habían apoyado la sanción de la ley no. 26.657, la nueva directora supo generar un proceso participativo en torno a la formulación del Plan Nacional de Salud Mental, donde los señalamientos y aportes de las organizaciones de la sociedad civil eran escuchados e incluidos en el texto.

*Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA)*, cuyo primer titular fue el propio autor de la LNSM, el diputado fueguino Leonardo Gorbacz, quien para entonces había pasado a formar parte del FPV. A este actor institucional emergente de la sanción de la Ley no. 26.657 se le asignó el rol fundamental de garantizar la naturaleza intersectorial consagrada en el texto de la normativa sancionada. Para lo cual se le asignó la función de convocar a organizaciones comunitarias con interés en las políticas de salud mental. Si bien el artículo 2° del decreto reglamentario designa al MSN como autoridad de este nuevo organismo conformado por representantes de los ministerios mencionados en el artículo 36° de la ley (educación, desarrollo social y el de trabajo, llamativamente no estaba incluida la SEDRONAR), el PEN tomó la decisión administrativa de que la CONISMA tuviera su asiento en la JGM y no en el MSN. Una medida que, si bien puede ser explicada en virtud de que la JGM fue originalmente diseñada con el fin de afrontar problemáticas que requieren la intervención de distintas áreas, puede ser leída también como un signo irrefutable del interés estratégico de Fernández en la cuestión de la salud mental. Así, los primeros años de existencia de este novedoso organismo intersectorial acontecieron en el ámbito de la JGM<sup>45</sup>. La designación de Di Nella al frente de la DGSMYA resultó particularmente ilustrativa de las tensiones surgidas en el proceso legislativo, ya que su llegada al cargo fue impuesta por la JGM a las autoridades del MSN. El director era un profesional no médico designado en una institución de médicos que representaba un proyecto que desafiaba abiertamente a las AMP. En efecto, al poco tiempo de ser designado en su cargo los representantes de las AMP transmitieron a Di Nella su decepción con que no se hubiese designado un médico como director nacional.

Otro factor institucional que jugó en favor de la sanción de la LNSM fue que la flamante dirección haya finalmente quedado bajo la órbita de la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias de Salud, la cual estaba a cargo del médico mendocino Eduardo Bustos Villar, el único secretario de estado del MSN con formación sanitarista, y que además no pertenecía al círculo de relaciones de Juan Manzur, sino a la agrupación política Kolina. Esto le otorgó a Di Nella y a los integrantes de la DNSMYA cierto margen de acción para

---

<sup>45</sup> En el primer año de la gestión Cambiemos, el ex ministro de salud Jorge Lemus, muy cercano a la AMM y a aquellos grupos que se opusieron a la sanción de la LNSM, trasladara por el decreto 1053/2016 la CONISMA desde la JGM al MSN.

compensar los obstáculos interpuestos por la cúpula del MSN. A pesar de su postura favorable al proyecto de ley con media sanción, Bustos Villar nunca se manifestó abiertamente al respecto en ámbitos institucionales –como por ejemplo en el Parlamento– probablemente debido a las reacciones adversas que podría haber despertado en el ministerio que un médico y secretario apoyara una normativa de esa naturaleza.

Quizá el debate en torno a la LNSM constituya un buen ejemplo de disputas y tensiones entre diferentes áreas de un mismo poder, ya que mientras que la cartera sanitaria nacional se oponía a que dicha iniciativa parlamentaria lograra finalmente prosperar, organismos como el INADI o la SDHN buscaban sumar una nueva ley a la larga lista de leyes con perspectiva de derechos humanos sancionadas. Las tensiones dentro del PEN no son nuevas en la dinámica política argentina. Si bien en cierto punto este comportamiento resulta esperable, ya que cada ministerio opera en función a legislaciones e interactúa con actores diferentes, la dimensión del problema en el Estado argentino concerniente a su desarticulación y competencia entre las distintas carteras nacionales ha adquirido una preocupante naturaleza estructural (Acuña, 2020).

Dada la compleja situación que se configuraba en el Congreso nacional debido a la oposición del MSN, un grupo de representantes institucionales, incluidos los propios autores de la futura Ley no. 26.657, decidió trasladar esta problemática al ámbito de la presidencia y de la JGM con el fin de sortear el respaldo del MSN a la posición de las asociaciones y gremios de medicina. Intuían que de cumplirse este objetivo se lograría finalmente destrabar el reñido escenario que se había configurado en el Senado nacional. Por su parte, Aníbal Fernández había creado recientemente una unidad coordinadora de políticas públicas abocada a la despenalización del consumo de sustancias. El jefe de gabinete contaba con un grupo de asesores que sugirió que antes de continuar avanzando con una nueva legislación de drogas, resultaba necesario crear un organismo que abordara la salud mental, y que incluyese a la elaboración de políticas de adicciones como parte de sus objetivos.

De este modo, y en miras a reflotar la antigua dirección de salud mental de la época de Raúl Alfonsín, hacia finales del año 2009 algunos actores legislativos y ejecutivos le propusieron a Aníbal Fernández un proyecto para crear dentro de la órbita del MSN una nueva dirección de salud mental. Originalmente se había pensado que alguno de los diputados defensores del proyecto fuese el titular de la nueva dirección. Una decisión que cobraba aún más sentido

dado a que el mandato en la CDN de estos referentes institucionales finalizaba a fin de año. Sin embargo, los *candidatos naturales* a ocupar el puesto, el autor de la ley, Leonardo Gorbacz y el entonces presidente de la comisión de salud y acción social, Silvestre Begnis, ya habían acordado comenzar a prestar funciones en otras dependencias, Gorbacz en la gobernación de Tierra del Fuego y Begnis como funcionario asesor del MSN, posición desde la cual continuaría realizando acciones para que prosperase el proyecto de salud mental.

Así, como ambos diputados salientes no se encontraban disponibles para ocupar dicho cargo, Aníbal Fernández con el apoyo de funcionarios de OMS-OPS convocó al psicólogo rionegrino Yago Di Nella –a pesar de cierta reticencia inicial de su parte–, un funcionario técnico de la SDHN que había tenido activa participación en el impulso de otras normativas con perspectiva de derechos como la Ley de Protección Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes, y que posteriormente se involucró en el proceso legislativo en torno a la LNSM. Finalmente, luego de unos meses de demora debido a la asunción del tucumano Juan Luis Manzur como titular de MSN y a una reorganización del organigrama ministerial, se creó la DNSMyA con Di Nella como director. De esta manera, con el apoyo estratégico del jefe de gabinete y con anterioridad a la propia sanción de Ley no. 26.657, se reemplazaba la UC por un nuevo organismo de salud mental nacional con jerarquía de dirección y cuya titularidad era detentada no ya por un médico psiquiatra sino por un psicólogo proveniente del ámbito de los derechos humanos.

Puesto que la ley de salud mental aún no había sido sancionada –de hecho, enfrentaba difíciles pruebas en el Senado nacional– los primeros meses de existencia de la dirección se abocaron a buscar nuevos apoyos políticos para conseguir su sanción definitiva. En este marco la joven DNSMyA decidió seguir una estrategia diseñada por Begnis que consistía no tanto en hacer lobby sobre los senadores, sino más bien en buscar apoyos en los gobiernos provinciales, para que estos influyeran eventualmente en el voto de los legisladores. Fue así como se establecieron contactos frecuentes entre Di Nella y los directores provinciales de salud mental con el fin de firmar documentos de consenso en favor de la normativa aún no sancionada. Acuerdos que fueron suscriptos por todas las provincias menos San Luis –su vicegobernador era un férreo crítico del proyecto de ley–, la CABA, debido a la presión de la AMM, y dos provincias con gobiernos radicales. El acercamiento en las provincias abarcó hasta entidades gremiales del interior del país como la CGT y la CTA, una estrategia que a

la luz de los acontecimientos posteriores mostraría haber sido por demás efectiva. A pesar de los múltiples apoyos obtenidos por la DNSMyA, las autoridades del MSN pretendían que la Di Nella negociara cambios en el proyecto con media sanción con los representantes de las AMP, en especial en lo referido al acceso a las jefaturas de servicio, un punto que para este actor social resultaba crucial. Di Nella, por su parte, no estaba dispuesto a aceptar cambios en el proyecto ya que eso hubiese implicado que regresara a la cámara de origen, además de que hubiese sido interpretado como una importante concesión a las AMP.

Las presiones provenían tanto de representantes comerciales de los laboratorios como desde las máximas autoridades del propio ministerio. Una prueba de la cercanía entre las autoridades del MSN de aquel momento y las asociaciones opositoras a la LNSM puede encontrarse, por ejemplo, en el subsidio otorgado por la cartera sanitaria nacional en 2013 a APSA, –una de las principales opositoras al proyecto de ley de Gorbacz–, con el fin de que llevaran a cabo un estudio epidemiológico de salud mental. La estrechez de esta relación también era perceptible en la prohibición del ingreso impuesta por el propio ministerio a Hugo Cohen, representante de la OPS y uno de los principales impulsores de la Ley no. 26.657, cuya remoción de su cargo en tal organismo había sido solicitada ante la OPS por un grupo de organizaciones de medicina y psiquiatría del país.

Resulta interesante como en el testimonio aportado por Di Nella aparece una figura evocada por muchos de los actores intervinientes pero cuya actuación en el proceso legislativo resulta difícil de dilucidar, a saber: los laboratorios<sup>46</sup>. De acuerdo con el relato de mi entrevistado era habitual que representantes de la industria farmacéutica recorrieran las diferentes oficinas del MSN. Desde el inicio representantes de estas empresas se presentaban en su despacho con el fin de transmitirle objeciones y dudas sobre el proyecto de ley que se discutía en la CSN. Estos actores se valían de un argumento harto esgrimido por los opositores a la ley, según el cual su puesta en práctica llevaría a un escenario similar al de la California de Ronald

---

<sup>46</sup> Toda vez que la industria farmacéutica constituye una actividad compuesta por múltiples agentes económicos se debe aclarar que el término laboratorio hace referencia al segmento de la cadena de producción del fármaco. Es que la industria farmacéutica, desde la producción hasta la distribución final de medicamentos, reconoce la participación de distintos actores económicos parcial o totalmente especializados a nivel vertical. Los laboratorios, de capitales nacionales y extranjeros, llevan a cabo la producción y/o importación de los medicamentos; las distribuidoras actúan básicamente como agentes de los laboratorios brindando un servicio de transporte y logística; excepto por las ventas directas de los laboratorios, las droguerías comercializan los medicamentos a las farmacias e instituciones médicas (hospitales, etc.) que finalmente llevan a cabo el suministro de los mismos a los distintos pacientes (Urbiztondo et al, 2013).

Reagan, cuando en función a una necesidad financiera se produjo un proceso de externación compulsivo de pacientes de salud mental sin la correspondiente creación de una red de servicios que los alojara y contuviera (De Salvia, 1986).

Los detractores del proyecto de Gorbacz utilizaron este suceso en reiteradas ocasiones a lo largo del proceso legislativo a efectos de describir un potencial escenario si prosperase la iniciativa legislativa en cuestión. Para Di Nella, los cuestionamientos de los representantes de los laboratorios a la futura normativa respondían a que el espíritu interdisciplinario del proyecto de ley ponía en crisis un tipo de esquema terapéutico basado centralmente en la administración del psicofármaco al ampliar y revalorizar el espectro de intervenciones terapéuticas. Por otra parte, y a modo de inferencia, Di Nella esbozó que el cierre de las instituciones neuropsiquiátricas privaba a estos actores privados de un importante contingente de individuos funcionales para la realización de pruebas de nuevos psicofármacos.

Sin embargo, a partir de las intervenciones de la JGM en el debate por el proyecto de ley de salud mental, la presión ejercida por todos estos actores, que conminaban a Di Nella a *arreglar* con los representantes de la psiquiatría —en especial con APSA—, resultó de alguna manera neutralizada. No hubo, en efecto, un cambio de posicionamiento en la cúpula de la cartera sanitaria en cuanto a la orientación de la iniciativa parlamentaria, sino que simplemente cesó su movilización para que el proyecto de ley no prosperase en la CSN. De modo que el fin de la oposición del MSN sumado a la estrategia trazada por Begnis de influir en los ministros y directores de salud provinciales, logró finalmente destrabar el avance del proyecto de ley en la cámara alta. La estrategia terminaría siendo tan efectiva que la normativa recibió un respaldo contundente por parte de la casi totalidad de senadores.

Sin embargo, la lógica obstruccionista proveniente de lo alto del MSN terminaría por desgastar a Di Nella, llevando a su posterior renuncia al cargo de director, en un marco político donde se sucedían importantes cambios en la JGM. Frente a esta situación Fernández trató de convencer a Di Nella de permanecer un tiempo en su cargo de director. También le transmitió que él iba a dejar la JGM y que entre sus posibles reemplazos se encontraban entonces ministro de transporte Florencio Randazzo, y el politólogo Juan Manuel Abal Medina. Le aseguró que de llegar al cargo el primero de ellos no tendría problemas en continuar como director, pero si quien era finamente nombrado nuevo jefe de gabinete

resultaba ser Abal Medina peligraría su continuidad en el cargo. Independientemente del desenlace de los recambios ministeriales Di Nella optó por dejar su puesto en el MSN. Antes de las elecciones de 2015, Aníbal Fernández le ofrecería a Di Nella estar a cargo de las políticas de salud mental en la provincia de Buenos Aires en caso de ganar la elección a gobernador, con “la promesa de que podría cerrar todos los manicomios que quisiera”. Una anécdota que refleja la buena sintonía entre ambos.

### **El Congreso nacional durante el proceso legislativo**

En los parlamentos confluyen diferentes intereses sectoriales con el fin de seleccionar a través de un complejo proceso de discusión cuáles serán las cuestiones sobre las que se habrá de legislar. De este modo, en la arena parlamentaria tienen lugar los debates públicos, políticos y estatales que involucran a figuras de la representación de origen electoral, formal e institucional –diputados y senadores–, así como a actores extra electorales –movimientos sociales, asociaciones, corporaciones, grupos empresarios, etc. –. El debate en torno a la sanción de la LNSM se caracterizó por haber contado no sólo con la participación de legisladores y asesores parlamentarios, sino con una diversidad de actores sociales de numerosas procedencias que en un determinado ámbito institucional pujaban por imponer su visión de realidad en cuanto a cómo debiera orientarse la política de salud mental del Estado argentino. En este sentido, el Parlamento es un lugar privilegiado para observar e interpretar las múltiples tensiones y diferencias existentes en un campo en particular.

Sin embargo, tal como señalan Acuña y Bulit Goñi (2010: 40), el Congreso argentino cumple un deslucido rol en la ejecución y control del diseño e implementación de políticas públicas, como consecuencia de ello, el PEN ha asumido históricamente una posición dominante y estratégica en relación con el legislativo. Si bien en parte esta lógica de preponderancia del PEN se puede encontrar en el contraste entre el bajo nivel de aplicación que reviste la LNSM y el por demás amplio respaldo que obtuvo dicha normativa del Congreso<sup>47</sup>, cuando se estudia bajo qué lógicas se desarrolló el proceso político y social que derivó en su sanción, se advierten ciertos elementos interesantes como el alto grado de permeabilidad que mostró

---

<sup>47</sup> En este punto deviene oportuno interrogarse sobre el control en la ejecución que ejerce el Poder Legislativo sobre las normas que sanciona. Quizá ello explique que desde la sanción de la LNSM no ha sido el Poder Legislativo el que cumplió las funciones de control y monitoreo, sino que más bien esta tarea ha sido ejercida por los otros poderes del Estado como el Poder judicial y el Ministerio Público.

la institución parlamentaria a lo largo del mismo, en especial con actores no tradicionales como las asociaciones de familiares y usuarios del sistema de salud mental, o nuevas asociaciones que surgieron con el inicio de discusión de la LNSM. Lo cual dibuja un perfil novedoso que pareciera haber adoptado la institución legislativa durante la década kirchnerista. Por otro lado, los resultados de la investigación política más reciente comienzan a delinear un Congreso con la fuerza institucional suficiente para vetar propuestas del ejecutivo (Acuña, 2000) y, en el caso de la Ley no. 26.657, de poner en agenda una cuestión antes de que lo hiciese el propio PEN.

En el contexto sociopolítico de la etapa 2003-2015 se consolidó una agenda progresista que tuvo al Parlamento como epicentro institucional. Esta agenda implicó que se abrieran numerosos focos de conflicto con poderosos actores –grupos mediáticos; patronales agropecuarias; corporaciones; iglesia; entre otros– que no estaban dispuestos a resignar sus intereses, tanto materiales como simbólicos. La discusión parlamentaria sobre cuales debían ser los contenidos de un ordenamiento normativo nacional en materia de salud mental se inició en un período decisorio para el devenir del oficialismo. Los años 2007-2008 fueron un punto de inflexión para el kirchnerismo –y probablemente para la política nacional también– ya que hasta entonces había existido cierto consenso con respecto a una serie de mejoras acontecidas en áreas como el empleo y la economía. Sin embargo, prácticamente desde el comienzo del primer mandato de Cristina Fernández, y especialmente a partir de lo que se conoció como *“la crisis del campo”*, las críticas hacia el proyecto kirchnerista se intensificaron. El 2008 sería en un año bisagra para la política argentina ya que tuvo lugar el conflicto con las patronales agropecuarias. Esta crisis política de gran magnitud, que se disparó por el anuncio de la imposición de retenciones móviles a la exportación de granos (*“Res. 125”*) en marzo de 2008, mantuvo en vilo al país durante cuatro meses. Durante este lapso se produjeron numerosos cortes de calles y rutas, así como grandes movilizaciones a favor y en contra de la medida. Se podría decir que luego de la llamada crisis del campo nada volvería a ser igual. De esta manera, luego de una etapa sin demasiadas críticas de fondo y a partir de un escenario con una marcada polarización, se inició un tiempo de cambios en los modos de construcción de poder del gobierno (Gené, 2017).

En este escenario adverso, para el 2009 la representación del oficialismo en el Congreso nacional se vio reducida como consecuencia de la partida de legisladores hacia el bloque

parlamentario “Peronismo Federal”<sup>48</sup>. En lo económico el 2009 no resultó ser tampoco un año sencillo para el oficialismo. La crisis internacional tuvo un efecto recesivo en la economía argentina y, en lo político, la coalición gobernante aún continuaba procesando el duro golpe sufrido en el conflicto con las entidades agrarias. =Las elecciones legislativas de 2009 no auguraban un horizonte demasiado alentador para el kirchnerismo. Con el objetivo de enfrentarlo se conformaron dos coaliciones para competir en las elecciones de medio término de 2009: por un lado, un frente que unía a la Coalición Cívica, la UCR y el Partido Socialista, que adoptó nombre de Acuerdo Cívico y Social (ACyS) y; por otro, la alianza entre Mauricio Macri, Francisco De Narváez y Felipe Solá. Los resultados de la primera elección post conflicto con las entidades agrarias arrojaron un resultado desfavorable para la fuerza liderada por la presidenta Cristina Fernández. Si bien el FPV logró constituirse como la primera fuerza electoral a nivel nacional al obtener el 30,80% de los votos frente al 28,94% del ACyS, el oficialismo perdió en los principales distritos electorales.

A causa de esta elección desfavorable el Gobierno resignó la amplia mayoría que ostentaba en ambas cámaras y se vio obligado a lidiar en el Congreso con una coalición inestable de partidos de oposición que fue bautizada por la diputada Patricia Bullrich como “*Grupo A*”<sup>49</sup>, que luego de conseguir el quórum propio en la CDN desplazó al oficialismo del control de la mayoría de las comisiones. Con ello el kirchnerismo resignó la capacidad exclusiva de imponer temas propios en la agenda parlamentaria. Sin embargo, a partir de esta derrota electoral comenzó a desplegar una iniciativa política que le permitió reponerse de una coyuntura por demás crítica, a la vez que terminó de consolidar un núcleo duro de seguidores que se mantiene hasta hoy. Zelaknik (2011) destaca que la producción legislativa de los años 2009 y 2010 resultó ser cuantitativamente baja pero cualitativamente interesante en la esfera legislativa.

---

<sup>48</sup> Luego de haber sido electo por la Asamblea Legislativa al frente del Poder Ejecutivo (2002-2002), el presidente Eduardo Duhalde atravesó una crisis de legitimidad como consecuencia del asesinato de dos jóvenes manifestantes en el puente Pueyrredón. En este marco, y después del rechazo de otros posibles candidatos para competir contra Carlos Menem, Duhalde decidió impulsar la candidatura de Néstor Kirchner a la presidencia de la Nación. Una vez ganada la elección, la alianza entre estos dos prominentes dirigentes peronistas se rompió definitivamente. Esta ruptura derivó en la creación de la fuerza política Peronismo Federal, que aunaba a los dirigentes que provenían de la estructura más tradicional del partido justicialista.

<sup>49</sup> Disponible en: <https://www.parlamentario.com/2011/04/01/el-grupo-a-se-unio-para-defender-la-democracia/>

En este sentido, se destaca en primer lugar la aprobación de la Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual en 2009 antes del recambio legislativo y, luego, en el 2010, ya con la oposición al frente de la mayoría de las comisiones, la sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario. La primera impulsada y defendida principalmente por el PEN, y la segunda de ellas, en cambio, por un conjunto heterogéneo de legisladores, lo cual deja observar el arco representativo transversal y el devenir de leyes originadas en distintos poderes del Estado (Berdondini, 2015), como fue el caso de la LNSM. Fue durante estos dos años (2009-2010) de intensa actividad parlamentaria que se produjeron en la CSN las exposiciones de numerosos actores sociales e institucionales en torno al proyecto de ley presentado por el diputado nacional por Tierra del Fuego Leonardo Gorbacz y la consiguiente aprobación de la Ley no. 26.657.

### **El recorrido legislativo de la LNSM**

El proyecto de ley de salud mental surgió a partir de la iniciativa parlamentaria de partido SI, un desprendimiento de la Coalición Cívica (CC). Eventualmente, y a partir de una serie de movimientos estratégicos de sus impulsores, sumado a la avidez del gobierno de aquel entonces en hacerse de cierta legitimidad en base a una activa política de derechos humanos, el proyecto de Gorbacz y de los otros diputados del Espacio SI llegó incluso a obtener el apoyo explícito de algunas áreas del PEN. El avance del proyecto no se explica por la acción parlamentaria de algún integrante del bloque mayoritario de aquel entonces. Tampoco resultó ser la consecuencia de un proyecto de ley enviado por el PEN al Congreso nacional. En realidad, la Ley no. 26.657 fue promovida por un grupo de diputados pertenecientes a una fuerza política minoritaria que se alejó del partido político *Afirmación por una República Igualitaria* (ARI), cuando su líder, la diputada Elisa Carrió, decidió conformar la CC como parte de su estrategia electoral de cara a las elecciones presidenciales de 2007<sup>50</sup>.

---

<sup>50</sup> El ARI fue un partido político fundado y liderado por Elisa Carrió cuya historia estuvo atravesada desde sus inicios por alianzas efímeras y rupturas reiteradas. En parte, la inestabilidad interna de este partido puede ser atribuida al tipo de liderazgo ejercido por Elisa Carrió. En este sentido, el propio ARI es una escisión de la Alianza, coalición política que gobernó Argentina bajo la presidencia de Fernando de la Rúa desde 1999 hasta la crisis de 2001. Posteriormente, el ARI se presentaría en las elecciones presidenciales del 2003 con la fórmula Elisa Carrió-Gustavo Gutiérrez obteniendo el 14,1% de los votos. Para las elecciones del 2007 Carrió se acercó a otras fuerzas políticas conservadoras como parte de su estrategia electoral para así fundar lo que se conoce hasta el día de hoy como la Coalición Cívica (CC).

Fue precisamente este corrimiento hacia la derecha lo que produjo el alejamiento de los integrantes del ARI de centroizquierda. Finalmente, la CC-ARI competiría con Carrió al frente de la fórmula en las elecciones

Este pequeño grupo de diputados disidentes concibió el acercamiento de Carrió a algunas figuras políticas como Patricia Bullrich, María Eugenia Estensoro y Alfonso Prat Gay, como “un giro hacia la derecha del ARI”<sup>51</sup>. Por este motivo, sumado al rechazo que generaba el tipo de liderazgo ejercido por Carrió, y bajo la conducción del ex dirigente del FREPASO Eduardo Macaluse, se creó la fuerza política SI en octubre de 2007. En sus inicios, este bloque legislativo se encontraba conformado por nueve diputados nacionales<sup>52</sup> que se acercaron al kirchnerismo y a sectores de centroizquierda afines al oficialismo.

Este comportamiento legislativo se tradujo en el apoyo a aquellos proyectos de ley en sintonía con los lineamientos programáticos de la fuerza política. Algunas de estas leyes que contaron con el apoyo del SI tuvieron una gran trascendencia política, social y mediática. Entre las leyes más relevantes apoyadas se destacaron la reestatización de Aerolíneas Argentinas, la ley de servicios de comunicación audiovisual –votada la anterior sesión a la aprobación de la LNSM–, el matrimonio igualitario y la expropiación de YPF.

A partir del lockout patronal del 2008 que derivó en una reconfiguración de las alianzas políticas del kirchnerismo, el SI y otras fuerzas de centroizquierda fueron para el oficialismo actores políticos claves en su estrategia legislativa. Del interior de esta pequeña fuerza política progresista surgió el proyecto de ley de salud mental que, gracias a la intensa labor parlamentaria de Gorbacz y sus asesoras –Silvia Faraone y Matilde Ruderman–, así como del diputado santafesino Sylvestre Begnis, logró reunir un amplio espectro de apoyos.

El primer proyecto de ley, el cual eventualmente perdería estado parlamentario, no fue presentado únicamente por el diputado fueguino Gorbacz, sino también por la primera diputada y luego gobernadora por Tierra del Fuego Fabiana Ríos, y también por el diputado especialista en derecho penal Emilio García Méndez. A partir del ingreso de este proyecto de ley a la CDN en 2007 (expediente 0276-D-07)<sup>53</sup> se organizaron foros, encuentros y debates públicos, de los cuales participaron académicos, organismos internacionales, actores

---

presidenciales de 2007 para quedar en segundo lugar después de Cristina Fernández de Kirchner. Se debe destacar que una integrante del ARI, la fueguina Fabiana Ríos, se convirtió en la primera mujer gobernadora luego de vencer en segunda vuelta al candidato del Frente para la Victoria. Eventualmente se distanciaría de Elisa Carrió por diferencias políticas.

<sup>51</sup> Artículo periodístico disponible en: <http://www.parlamentario.com/noticia-65199.html>

<sup>52</sup> En sus inicios el bloque de diputados nacionales con los que contó SI se encontraba conformado por Eduardo Macaluse, María América González, Carlos Raimundi, Leonardo Gorbacz, Lidia Naim, Delia Bisutti, , Emilio García Méndez, Nélica Belous y Verónica Benas.

<sup>53</sup> Proyecto de ley disponible en: <https://www.hcdn.gob.ar/proyectos/textoCompleto.jsp?exp=0276-D-2007&tipo=LEY>

políticos, asociaciones de profesionales, familiares y usuarios de los servicios de salud mental. En estos encuentros los actores sociales y políticos intervinientes desplegaron diferentes formas de concebir el proceso de salud-enfermedad-atención, y señalaron de qué forma, a su juicio, se debía encarar un proceso de reforma institucional (Faraone, 2012). Este primer proyecto de ley de salud mental impulsado por los diputados del SI contó además con el apoyo del presidente de la Comisión de Salud, el médico sanitarista y anteriormente ministro de salud de Santa Fe, Juan Sylvestre Begnis.

La primera versión del proyecto de ley incorporó una serie de recomendaciones que surgieron del proceso de debate con los actores sociales involucrados. Así, el 9 de diciembre de 2008 el proyecto obtuvo el dictamen conjunto de las Comisiones de Acción Social y Salud Pública, Legislación General y Justicia de la CDN. Sin embargo, para 2009, y luego de un intento de votación frustrado en 2008, el proyecto presentado en 2007 perdió estado parlamentario<sup>54</sup>. En virtud de ello, el diputado Gorbacz presentó un nuevo proyecto al cual le introdujo las modificaciones que surgieron de las numerosas consultas realizadas (Faraone, 2012). Esta nueva iniciativa contó con el apoyo de una masa crítica de legisladores que habían trabajado sobre el anterior proyecto en el marco de la labor parlamentaria realizada en la Comisión de Salud y Acción Social. Entre los diputados firmantes se encontraban varios legisladores del FPV como el ya nombrado Juan Sylvestre Begnis, Adela Segarra, Cecilia Merchan, Luis Cigogna, Mónica Fein del Frente Progresista, Vilma Ibarra de Nuevo Encuentro, Roy Cortina por el Partido Socialista, Mónica Torfe del Partido Renovador de Salta y María Luisa Storni de la UCR. Tal como se puede apreciar, a diferencia del primer proyecto de ley presentado por Gorbacz y los legisladores del ARI, esta segunda iniciativa parlamentaria no sólo obtuvo el apoyo de un mayor número de diputados, sino que también los mismos presentaban una variada adscripción político-partidaria.

Si bien el proyecto de ley de salud mental estaba en línea con el posicionamiento ideológico del bloque legislativo SI, su diseño y presentación se debió en gran parte al interés particular del diputado y psicólogo Leonardo Gorbacz. Dispuso igualmente del apoyo de sus

---

<sup>54</sup> De acuerdo a la legislación vigente –Ley nro. 13.640, modificada por las leyes 23.821 y 23.992– todo proyecto de ley sometido a la consideración del Congreso nacional que no hubiese sido sancionado en alguna de las dos cámaras en el transcurso del año en que ingresó al cuerpo parlamentario o en el siguiente, se considerará como caducado o que perdió el estado parlamentario–art. 1º, párr. 1º–; si el proyecto obtuvo sanción en alguna de las cámaras en el término indicado, éste se prorrogará por un año más –art. 1º, párr. 2º–.

compañeros de bancada y jefe de bloque, así como con un margen de autonomía suficiente para conseguir una masa crítica de alianzas que le permitieron al proyecto de ley conseguir adhesiones no sólo de los distintos bloques parlamentarios, sino de un actor central en este proceso legislativo como lo fueron las organizaciones de la sociedad civil:

*“Era un proyecto que estaba en sintonía con la ideología del bloque en el que yo estaba. Yo en ese momento estaba en un bloque que se escindió de lo que había sido el ARI. Cuando arrancó la discusión le habíamos puesto bloque ARI-disidente. Una cosa así. Pero era un tema muy específico y me apoyaba Eduardo Macaluse. En ese momento Fabiana Ríos cuando presenté el primer proyecto era diputada también. Pero no fue un proyecto de bloque. Fue un proyecto mío y mucho más sostenido en organizaciones de afuera del Congreso. Lo que tuve fue la posibilidad de avanzar, conseguir algunas alianzas y de que no hubiera obstáculos en el resto de los bloques y los diputados de mi bloque. Pero el motor de avance de mi proyecto no fueron los diputados...no fue la política institucional. Fueron las organizaciones sociales.”* (Entrevista con Leonardo Gorbacz, autor de la ley, 1 de julio de 2019)

El proyecto de ley no era entonces una prioridad para el bloque de pertenencia del diputado Gorbacz, sino que como señaló, era un tema específico que revestía un particular interés para él, y para lo cual tuvo el camino allanado por parte de sus colegas de bancada. Se puede advertir también en este tramo de la entrevista la importancia de las OSC. De acuerdo con las palabras del legislador y autor del proyecto de ley, pareciera que en esta instancia inicial reportó una mayor relevancia la movilización de estos actores *extrainstitucionales* que los propios integrantes del PL. Finalmente, el proyecto de ley de Gorbacz, obtuvo dictamen de la comisión de salud y acción social y de la comisión de justicia el 6 de octubre de 2009 con tres disidencias parciales, para luego ser aprobado por una mayoría absoluta el 14 de octubre de 2009, en la sesión legislativa siguiente a la de la sanción de la Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual<sup>55</sup>.

En la sesión de votación, la diputada por San Luis Ivana Bianchi solicitó insertar una disidencia parcial. En su exposición desplegó numerosas críticas al proyecto con dictamen.

---

<sup>55</sup> Disponible en línea: <http://www.parlamentario.com/noticia-24622.html>

Los señalamientos realizados a la iniciativa parlamentaria versaron sobre elementos que se repetirían a lo largo del proceso legislativo, como por ejemplo que el proyecto enumerase derechos ya garantizados por la Constitución Nacional, por leyes nacionales y provinciales y por los tratados internacionales de derechos humanos asumidos por el Estado argentino.

La diputada puntana lanzó también duras críticas a los cambios introducidos por el proyecto de ley en discusión en el código civil, así como al hecho de que a la *corporación judicial* se le otorgase la potestad de ordenar externaciones en ciertos casos. Asimismo, se manifestó en contra de la creación de un órgano revisor, toda vez que, según la legisladora, se estaría creando una costosa burocracia que en definitiva no resolvería los problemas estructurales del sistema de salud mental. En la CSN se escucharon también críticas al proyecto de Gorbacz por parte de otro legislador puntano, lo cual, en definitiva, estaba vinculado con que el vicegobernador y autor de una reforma del sistema de salud mental en San Luis, el psiquiatra Jorge Pellegrini, se había erigido como un férreo opositor. Tal como se puede apreciar, dicha oposición sería reproducida eventualmente en el pleno por parte de los legisladores provinciales de esta provincia.

También en un sentido crítico de ciertos aspectos del proyecto de Gorbacz se pronunció la diputada del PRO, Paula Bertol. Si bien la legisladora expresó encontrarse de acuerdo con el espíritu general de la normativa, en los fundamentos de su disidencia marcó su disconformidad con respecto a algunos artículos, y en particular con la inclusión de las políticas públicas sobre consumo de sustancias dentro del campo de la salud mental. Sus señalamientos abarcaron a varios artículos de la normativa. En resumen, reprodujo ciertas líneas argumentales que se repetirían en más de una ocasión para criticar el proyecto de ley en discusión, a saber: la especificidad en la cual incurría la normativa por tratarse de una ley marco, las reformas al código civil en términos de capacidad jurídica e internaciones involuntarias que implicaba, y, en tercer lugar, la reiteración de derechos ya consagrados en el plexo normativo argentino y en el derecho internacional.

Sin embargo, más allá de algunas críticas focalizadas en determinados pasajes del articulado, el proyecto de los diputados del SI obtuvo un contundente respaldo de toda la cámara baja gracias a la conjunción de apoyos estratégicos como el del presidente de la CDN, los presidentes de todos los bloques legislativos y del titular de la comisión de salud y acción social, el diputado oficialista por Santa Fe Sylvestre Begnis, quien luego tendría un rol

fundamental en la cámara revisora yendo directamente a las provincias con el fin de conseguir el apoyo de funcionarios claves de las distintas gobernaciones, como ministros de salud, directores de salud mental y de los legisladores provinciales, cuyo apoyo se canalizó finalmente por medio del Consejo Federal Legislativo de la Salud o COFELESA.

También tomó la palabra la diputada por Corrientes María Josefa Areta a efectos de exponer los fundamentos de su apoyo al proyecto con dictamen. Igual que Leonardo Gorbacz, quien antes de ser diputado nacional se desempeñó como psicólogo en un hospital público de su provincia, la legisladora basó sus argumentos en favor de la iniciativa parlamentaria a partir de la propia experiencia profesional como psicóloga en un centro de salud ubicado en Corrientes. Además de repasar los principales puntos del proyecto de la ley en consideración, la legisladora Areta destacó el hecho de que se estuviese confiriendo a una legislación de salud mental el carácter de ley de orden público, una disposición que se desprende del artículo 45<sup>o56</sup>. De esta manera, la LNSM se constituía en tanto un instrumento normativo en el cual se encontraba comprometido el bienestar colectivo. Algo que cobra aún más sentido si se considera que la cuestión de la salud mental lejos de afectar exclusivamente a un grupo en particular es una problemática que atraviesa al tejido social en su conjunto y que, en definitiva, requiere mayores recursos que los que históricamente se le ha asignado.

Con respecto a lo sucedido en el Senado de la Nación, si bien en la votación general el proyecto terminó obteniendo 47 votos afirmativos y una sola abstención, y 44 votos afirmativos, 3 negativos y 2 abstenciones en la particular, la LNSM debió atravesar un complejo y arduo proceso hasta su sanción definitiva. En este sentido, se debe destacar que el proceso de debate y discusión acontecido en la cámara revisora presentó características diferentes a lo acontecido en Diputados. En primer lugar, porque al principio hubo una controversia en torno a si el proyecto proveniente de la CDN debía ser tratado en la Comisión de Salud y Deporte –como finalmente sucedió– o en la Comisión de Población y Desarrollo Humano, abocada desde hace un tiempo al tratamiento de temas vinculados a la cuestión de

---

<sup>56</sup> A grandes rasgos, existen dos formas de concebir la noción de orden público, por un lado, hay una concepción clásica del término que entiende esta categoría jurídica como aquellas leyes en las cuales se encuentran comprometidas de manera directa la paz y la seguridad social, las buenas costumbres, y un sentido primario de justicia y moral. Por otra parte, se encuentra una corriente alternativa que identifica a las leyes de orden público con un carácter imperativo que responde a un interés general que se opone a las cuestiones donde se juega simplemente un interés particular (Pirovano, 2015).

la discapacidad. Además, porque una vez ingresado el proyecto con media sanción, varios senadores de diversas procedencias político-partidarias presentaron una serie de nuevos proyectos de ley, lo cual denotaba la existencia de cierto consenso entre los parlamentarios en torno a la idea de contar con una ley marco de salud mental. No obstante, este escenario marcado por la presencia de múltiples proyectos fue interpretado por los actores que apoyaban la iniciativa de Gorbacz como adverso, ya que temían que la aparición de nuevas propuestas legislativas entorpeciera la sanción definitiva de la ley.

En esta instancia legislativa fue importante el apoyo e intervención de la senadora Beatriz Rojkes, presidenta provisional del Senado y miembro de la comisión en la cual finalmente se trataría la LNSM. Al igual que el entonces jefe de gabinete Aníbal Fernández, la senadora por Tucumán se encontraba interesada por introducir cambios en la legislación vinculada al consumo de sustancias, y concebía la sanción de una ley marco de salud mental como una instancia previa necesaria. El apoyo e intervención en el proceso legislativo, tanto de la senadora Rojkes como del asesor permanente del Senado Carlos Pereyra, serían fundamentales para que el proyecto con media sanción superara obstáculos como críticas y dudas de algunos senadores. Quizá uno de los aspectos más llamativos del comportamiento de ciertos legisladores fue haberse mostrado abiertamente escépticos o en contra del proyecto en la instancia de comisión para luego votar afirmativamente. Ese fue el caso, por ejemplo, de Hilda Duhalde, quien públicamente realizaba fuertes críticas al proyecto<sup>57</sup>, pero, gracias su cambio de postura permitió obtener dictamen de comisión. También se puede nombrar el caso del senador Cano, presidente de la comisión de salud y deporte, y jefe del bloque radical, quien luego de haber cerrado un acuerdo con APSA y otras organizaciones de la medicina, terminó realizando una exposición como miembro informante en el recinto a favor de los principios que encarnaba el proyecto de Leonardo Gorbacz. Más allá del cálculo político que haya tenido la maniobra de Cano, se debe destacar el rol desempeñado por Aldo Neri<sup>58</sup>, exministro de salud y acción social de Raúl Alfonsín, para volcar la posición de los senadores radicales en favor del proyecto de Gorbacz. El cambio de posición de Cano fue tal que

---

<sup>57</sup> Recientemente la exsenadora asoció la LNSM con una serie de supuestos episodios de abuso a niños en hospitales de la provincia de Buenos Aires.

<sup>58</sup> Durante la gestión de Neri al frente de la cartera sanitaria nacional se creó por primera vez una dirección de salud mental, como titular se designó al psiquiatra Vicente Gali, quien fue un importante actor para que se sancionase la LNSM.

terminó yendo en contra del trabajo de meses realizado por sus asesores en las distintas comisiones en las cuales se trató dicho proyecto. Entre sus asesores se encontraba el psiquiatra Andrés Blake, miembro de APSA y funcionario del área de salud mental en la CABA, además de futuro director de salud mental nacional en el gobierno de Cambiemos, desde donde intentó modificar el decreto reglamentario 603/2013 con el fin de anular los pilares conceptuales de la normativa.

Los cuestionamientos al proyecto con media sanción también provinieron de las senadoras Nanci Parrilli, Silvia Giusti y la senadora María Rosa Díaz, quienes luego de un conjunto de exposiciones críticas hacia el proyecto acontecidas en la reunión de comisión de salud y deporte del 24 de octubre de 2009, plantearon la necesidad de introducir reformulaciones en la iniciativa legislativa ya que tenían dudas con respecto a una serie de puntos, en especial en torno al aspecto psicofarmacológico. Las declaraciones de las senadoras estuvieron antecedidas por discursos desplegados por importantes referentes de la medicina y la psiquiatría, quienes habían sido convocados en tanto expertos en la temática, en una jornada donde predominaron las exposiciones de profesionales médicos en contra del proyecto con media sanción.

De este modo, las dudas surgidas en los senadores alrededor del proyecto de ley podían ser también apreciadas ya no sólo en declaraciones sino en acciones concretas como la ya mencionada presentación de nuevos proyectos en la cámara alta, a saber: María Rosa Díaz-José Martínez (ARI Tierra del Fuego); Adolfo Rodríguez Saá-Liliana Negre de Alonso (PJ San Luis); Samuel Cabanchik (Probafe)- Graciela Di Perna (Frente por la Integración Chubut)<sup>59</sup>; José Cano (UCR Tucumán)-Emilio Rached (Frente Cívico Santiago del Estero)- Blanca Mollau (Frente Cívico y Social de Catamarca)<sup>60</sup>. Si bien todas estas iniciativas

---

<sup>59</sup> La senadora Di Perna, autora de un proyecto que eventualmente no prosperaría, presentó un dictamen en minoría. Durante la sesión en la cual tuvo lugar la votación propuso realizar numerosas modificaciones a varios artículos del proyecto, que según señaló la senadora, habían sido previamente trabajados en el espacio de las comisiones. Los pedidos de modificación abarcaban una pluralidad de asuntos que iban desde considerar a la internación como un acto médico hasta la denuncia de un conflicto de poderes por la determinación de la internación involuntaria. También objetaba la creación de un órgano de revisión toda vez que esta medida constituiría un gasto innecesario que no resolvería los problemas de fondo del sistema de salud mental. En definitiva, Di Perna argumentaba que la iniciativa parlamentaria tal como estaba redactada era de imposible aplicación, de la misma forma que lo fueron la Ley no 448 en la CABA y la ley de salud mental del Estado brasileiro. La inaplicabilidad del proyecto de ley en consideración fue un argumento hartamente utilizado por quienes se oponían a su sanción.

<sup>60</sup> Cuando aún se encontraba en curso la discusión en la cámara baja la senadora por Mendoza, y doctora en filosofía, María Cristina Perceval, presentó un proyecto de salud mental propio.

legislativas abogaban por impulsar un cambio del sistema de atención de salud mental argentino, dichos proyectos presentaban diferencias entre sí, en especial a lo vinculado al cierre-continuidad de los hospitales monovalentes y a la distribución del poder decisorio en los equipos interdisciplinarios.

El proyecto de ley presentados por los senadores puntanos se destacó particularmente, ya que su principal defensa no corrió por cuenta de los legisladores Rodríguez Saá y Negre de Alonso, sino del entonces vicegobernador de dicha provincia, el psiquiatra e impulsor de una célebre reforma institucional Jorge Pellegrini, quien intentó incidir junto a otros psiquiatras para que el proyecto con media sanción fuese devuelto a la cámara de origen. Sus críticas tenían cierta importancia debido al cargo que detentaba en el ejecutivo provincial y a su prestigio en el campo de la salud mental. Incluso, hasta el inicio de la discusión por la LNSM, Pellegrini era una referencia para muchos de los que propugnaban un entrecruzamiento entre salud mental y derechos humanos.

De hecho, de la misma manera que los representantes de APSA, en su discurso Pellegrini incluyó una mención a los psiquiatras y trabajadores de la salud mental detenidos-desaparecidos en la última dictadura. La invocación a la figura de los detenidos-desaparecidos por parte de algunos de los representantes de la psiquiatría constituía una manera de correrse del lugar de garantes de un sistema opresivo. Una prueba de esta incómoda posición también se pudo objetivar en el hecho de que Pellegrini se haya lamentado que el debate hubiese entrado en una lógica binaria de progresismo-fascismo, donde aquellos que apoyaban la sanción de la futura ley de salud mental, se posicionaban a la izquierda de la discusión, mientras que sus detractores quedaban situados en una supuesta posición retrógrada. En la reunión de comisión acontecida el 19 octubre de 2010, este expositor si bien acusó a los manicomios de ser instituciones ineficientes, *antiterapéuticas* y pantalla de grandes negociados, se mostró muy crítico de la futura ley de salud mental, a la cual acusaba directamente de negar la enfermedad mental, de carecer de un objeto definido y por lo tanto de ser un instrumento legislativo de imposible aplicación. Finalmente, en un tono crítico a los laboratorios que comercializan psicofármacos, Pellegrini cerró su exposición solicitando una política de estado sobre el uso racional de este tipo de medicamentos, y también una mayor consideración a las ya existentes leyes provinciales de salud mental. No obstante, a pesar de su profundo desacuerdo con la normativa, y a la movilización que desplegó este

renombrado psiquiatra tanto en la cámara baja como en la instancia senatorial, su estrategia no surtió efecto alguno en el voto de los senadores, ni siquiera en los legisladores coterráneos de su propio partido, quienes votaron para convertir en ley al proyecto con media sanción.

Así, y luego de varios meses de arduas discusiones en la Comisión de Salud y Deporte que condujeron a una suerte de punto muerto, y de numerosas exposiciones de expertos médicos y psiquiatras criticando al proyecto de ley, muchas veces incluso con adjetivaciones agraviantes en contra de la iniciativa, las vacilaciones de los senadores miembros de la comisión de salud y deporte con respecto al proyecto fueron paulatinamente mermando hasta alcanzar dictamen de comisión el 12 de octubre de 2010.

Una vez que el proyecto arribó al plenario legislativo contaba ya con el camino relativamente allanado, ya que dado el costo político que podría acarrear, resultaba poco probable que algún senador votase en contra de una ley de estas características. Ningún parlamentario hubiese deseado quedar en la posición de defensor de los hospitales monovalentes argentinos cuando existía entre todos los actores cierto nivel de acuerdo en cuanto a las penosas situaciones que se configuraban al interior de muchas de estas instituciones. La suerte de la Ley no. 26.657 se definió entonces en la instancia de comisión con la progresiva adhesión –y en algunos casos resignación– al proyecto de Gorbacz. Si bien algunos elementos del proyecto despertaban dudas en los senadores, de hecho varios subrayaron la presencia de importantes deficiencias técnicas en la redacción, no ignoraban la necesidad de subsanar definitivamente la disparidad de escenarios normativo-institucionales en las provincias mediante la creación de una ley marco, así como tampoco desconocían la deuda por parte de los Estados subnacionales y el Estado central de dar una respuesta adecuada a la institución prolongada de miles de pacientes. Por último, no se debe soslayar la impresión negativa que generó en algunas senadoras las exposiciones de algunos de los representantes médicos, que focalizaron sus discursos en la CABA, precisamente en el marco de un espacio como el Senado nacional, donde se encuentran representados los intereses de los Estados provinciales.

De esta manera, y ante el asombro de los referentes de las AMP, la LNSM fue votada afirmativamente por todos los senadores presentes, con la excepción de Artaza, el cual se abstuvo. El estupor de estos actores podía en parte explicarse a partir del llamativo cambio de discurso del radical José Cano, quien en la sesión de votación citó los principales argumentos y estadísticas enunciados por los representantes de la OPS y la OMS. Cano

incluso señaló lo inapropiado que resulta basar el sistema de atención en instituciones monovalente, es decir, que una vez en el recinto Cano hecho por tierra lo anteriormente actuado en coordinación con las AMP. En su exposición como miembro informante Cano retomó también mucha de la información vertida por el CELS en el informe *Vidas Arrasadas* sobre la prolongación innecesaria de las internaciones y los abusos sufridos por las personas alojadas en instituciones monovalentes de salud mental. Respecto a la controversia en torno a los psicofármacos planteó la necesidad de una legislación específica e integral en la materia. El senador tampoco se privó de sugerir algunos elementos que a su criterio resultaban insoslayables para la instancia de la reglamentación por parte del MSN. Y, del mismo modo que otros actores partícipes del proceso de debate, Cano concibió la sanción de la una ley de salud mental como una puerta de entrada para que el Estado avance en modificaciones en la legislación relativa a las adicciones.

En suma, la Ley no. 26.657 se gestó a partir de la iniciativa de un pequeño bloque de la CDN conformado por un grupo de legisladores que se separaron del ARI, luego de que este espacio político fundado por Elisa Carrió realizase un corrimiento ideológico hacia la derecha. Este grupo de legisladores eventualmente acompañaría algunos de los proyectos más resonantes del oficialismo. Al mismo tiempo, el proyecto de Gorbacz recibiría un importante impulso tanto por parte del oficialismo. Gracias a una hábil estrategia desplegada por el diputado Leonardo Gorbacz y sus asesoras, y con el visto bueno del jefe de bloque del Espacio SI, se obtuvieron los apoyos necesarios para obtener la sanción definitiva. Este proceso no fue sencillo puesto que la iniciativa parlamentaria debió lidiar con la férrea oposición de las AMP y el gremialismo médico. En la segunda parte del debate acontecido en Senadores, la LNSM tuvo que también sortear las dudas y resistencias de algunos legisladores, que poco a poco fueron desistiendo. Una vez que el proyecto obtuvo los correspondientes dictámenes fue votado por una abrumadora mayoría en ambas cámaras, incluso por los legisladores opositores, cuando en realidad se trataba de un proyecto de ley con un abierto apoyo oficialista. En algunas oportunidades la falta de debate en el plenario limita los costos políticos de aprobar proyectos de los “otros” bloques y abre espacios de negociación para garantizar el funcionamiento del plenario e incrementar la tasa de éxito legislativo de los representantes (Calvo, 2013).

### **Capítulo 3: El posicionamiento de los actores intervinientes en el proceso legislativo**

#### **El lugar de los actores en el debate por la LNSM**

Desde el retorno de la democracia se ha vuelto habitual el involucramiento de nuevos actores sociales que invocan o reclaman derechos. En efecto, la consolidación del proceso democrático en Argentina se encuentra profundamente ligada a la actuación de organizaciones sociales con respecto a la defensa de los derechos humanos (Jelin, 1995). Al poco tiempo de finalizada la dictadura cívico-militar la aparición de estos nuevos actores se concentró en el área de delitos de lesa humanidad para progresivamente abarcar diferentes reivindicaciones del campo de derechos (González Bombal, Landi; 1995). Mientras algunos autores asocian el crecimiento y la emergencia de estas organizaciones a los déficits del Estado y del mercado para cumplir adecuadamente con sus funciones, otros los asocian al contexto político en el cual surgieron, en especial al carácter autoritario de los sistemas políticos y a las necesidades que confrontan los procesos de democratización (Smulovitz, 2008: 52).

El colectivo de actores que se movilizó para que se sancionara una legislación rupturista anclada en un enfoque social y de derechos presentaba más bien una conformación heterogénea. Esta composición interna plural y diversa, que constituía una marcada diferencia con el conjunto de actores críticos de la Ley no. 26.657 se mantuvo estable a lo largo del proceso legislativo. A pesar de esta diversidad, fue posible encontrar entre todos ellos puntos de convergencia en torno a la necesidad de sustituir el manicomio por un modelo de atención hospitalo-céntrico y organizado en torno a dispositivos comunitarios de proximidad. Los puntos de acuerdo entre los activistas también alcanzaban a las relaciones de poder entre los actores involucrados ya que pretendían instaurar un esquema relacional basado en relaciones horizontales y democráticas, donde incluso el usuario y grupo sociofamiliar tuvieran incidencia en las decisiones concernientes al proceso terapéutico. Sin embargo, el proyecto de ley generó entre los actores de este bloque tensiones que nunca se habían manifestado.

Dentro del conglomerado de actores sociales favorables al proyecto de Gorbacz había asociaciones de familiares de los usuarios de los servicios de salud mental, como la REDFUV, representantes de organismos internacionales vinculados a políticas de salud como la OPS y la OMS, asociaciones de profesionales de psicología, como la federación de psicólogos de la república argentina, representantes de asociaciones de terapia ocupacional, con la excepción de

Sara Daneri, titular de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales (AATO), quien se refirió de manera muy crítica a algunos aspectos del proyecto de ley con media sanción<sup>61</sup>. También participaron organismos de derechos humanos como el CELS, organizaciones de la sociedad civil vinculadas a la salud mental como la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM), y ADESAM, funcionarios del PEN, más precisamente de la en aquel momento recientemente creada DNSMyA y de la Secretaría de Derechos Humanos, funcionarios judiciales, ex directores nacionales de salud mental, autoridades de universidades nacionales, como la decana de la facultad de psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA), Nélica Cervone, la psiquiatra italiana Giovanna del Giudice, integrante de la Conferencia Franco Basaglia, entre otros.

La forma de incidir de estos actores no fue la misma en todos los casos. Algunos lo hicieron en calidad de expositores invitados en el marco de una serie de audiencias, jornadas y reuniones organizadas, primero en la CDN, y luego en el CSN. Dada la porosidad de la institución parlamentaria de aquel entonces ante ciertas demandas, ciertos actores sociales mantuvieron un contacto directo con los legisladores. Mis entrevistados de la sociedad civil narraron con cierto asombro lo sencillo que fue pautar encuentros con legisladores con el fin de exponerles sus argumentos. El siguiente fragmento de una entrevista arroja luz sobre la dinámica de interacción Estado-sociedad civil instaurada:

*...la verdad que eso para mí fue un ejercicio de verdadero aprendizaje democrático todo este proceso de la ley porque...yo tomé conciencia que el poder está al alcance de la mano, en el sentido de que la sociedad organizada puede incidir en la política. A veces había un contacto nuestro con tal diputado o senador que le transmitía la importancia de la ley, y otros era llamar por teléfono al despacho como un humilde ciudadano y decíamos que queríamos tener una reunión con un diputado o senador y con algún asesor que tenga, experto en temas de*

---

<sup>61</sup> La titular de la AATO desplegó un enfático rechazo al hecho de que en el artículo 7° inciso p) se utilizara el término laborterapia en lugar de terapia ocupacional. Luego de realizar un breve repaso del surgimiento de la carrera de terapeuta ocupacional en Argentina la expositora invitada se refirió a este concepto como arcaico y propio de la lógica manicomial. Agregó que en otros tiempos este concepto se había utilizado para delegar en los pacientes internados tareas propias de la institución con el argumento de que se trataba de una intervención terapéutica. Por último, se quejó de que no hubiesen sido consultadas sobre el diseño del proyecto otras asociaciones y colegios de terapia ocupacional del país. Si bien es cierto que en el artículo séptimo se utiliza la categoría de laborterapia, se debe aclarar que se emplea con respecto a las *actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios* y no para referirse específicamente a la carrera universitaria. Cuando en el artículo 8° se enumeran las distintas áreas que intervienen en el proceso terapéutico interdisciplinario se hace uso del término de terapia ocupacional.

*salud o discapacidad, y nos recibían (...) Por eso te digo que para mí la construcción fue desde la sociedad civil, de los trabajadores y lo que te digo esto de que para mí fue un proceso de aprendizaje democrático muy importante. Todo esto que me vienen a decir que no pudieron participar es cualquier cosa. O sea, yo no ese momento era trabajadora de un programa provincial de salud, no era directora ni ministra salud y aun así pude circular por todos los espacios que tuve ganas. Sentía que, si yo quería, incidía, y no esa sensación de que el poder es algo que está lejos y que es inaccesible. Es cuestión de compromiso, esfuerzo y dedicación. No necesariamente tenés que ser un figurón para promover algo como la sanción de una ley. (Extracto de entrevista con Mariana Baresi, abogada e integrante de ADESAM)*

Este fragmento permite entrever hasta qué punto los actores involucrados percibían que en ese determinado momento sociohistórico eran verdaderamente capaces de influir en el devenir legislativo. Asimismo, Baresi ubicó a la sociedad civil como la principal fuerza impulsora del proceso de producción de la normativa, a la vez que le atribuyó a la institución parlamentaria cierta receptividad para con las demandas provenientes de actores de la sociedad civil, lo cual se puede apreciar con una inmejorable claridad en la frase *el poder está al alcance de la mano*. El argumento de la entrevistada busca también cuestionar lo sostenido por las asociaciones de psiquiatría en cuanto a no haber sido convocados o escuchados.

Otros actores también interesados en que se aprobara el proyecto de ley en cuestión recurrieron a otro tipo de estrategias que no implicaban necesariamente una presencia en la arena legislativa. Se puede nombrar por ejemplo la publicación de comunicados en apoyo al proyecto de ley o, también, por medio del envío de cartas al Congreso nacional explicitando la postura favorable de su organización. Ello sucedió con numerosas organizaciones del interior del país que no participaron de forma directa en las exposiciones organizadas en la CSN. Ni las asociaciones de psiquiatras ni el conglomerado de actores que se movilizó en favor de la aprobación de la LNSM presentaban una composición heterogénea desde un punto de vista jurisdiccional. No obstante, este segundo grupo pudo trazar una estrategia que generó un acercamiento con actores sociales y políticas de diferentes provincias, gracias a que un individuo clave en este proceso, el médico Sylvestre Begnis, entabló canales de intercambio con las autoridades sanitarias provinciales para que los senadores de cada provincia votasen a favor de la iniciativa.

No se debe soslayar que algunos de los actores intervinientes en la sanción de la LNSM habían ya participado en la promoción de reformas a nivel provincial o en alguna institución en particular, incluso años antes de que se concibiera la posibilidad de sancionar una ley nacional. Este es el caso del psicólogo Ángel Barraco, uno de mis entrevistados que intervino en la redacción de la Ley no. 448 de la CABA, o Hugo Cohen, quien, si bien participó de los debates en calidad de representante de la OPS, fue el impulsor a inicios de los años noventa de la reforma que se llevó a cabo en la provincia de Río Negro<sup>62</sup>.

Prontamente, y a partir de la presentación de los primeros proyectos de ley en la CDN, se estableció entre una diversidad de actores sociales una serie de lazos, formales e informales, con funcionarios de los tres poderes del Estado. La búsqueda por incidir en la discusión de estos grupos no se limitó únicamente al Parlamento, sino que también se extendió a integrantes de los otros poderes. De esta manera, se generaron fluidos canales de intercambio con funcionarios del Ministerio Público nacional, como la fiscal general especialista en políticas de drogas Mónica Cuñarro, cercana al entonces influyente jefe de Gabinete Aníbal Fernández, la Defensora General de la Nación Stella Maris Martínez<sup>63</sup>, y Alfredo Kraut<sup>64</sup> de la CSJN.

Dicho esto, y con el fin de lograr una descripción lo más cabal posible de este heterogéneo colectivo de actores, me propongo a continuación recuperar los testimonios de algunos de ellos para comprender cuáles fueron las motivaciones, estrategias, condiciones y recursos que les permitieron incidir en la sanción de la LNSM. Para ello se realizaron una serie de entrevistas a efectos de comprender los universos de referencia de los actores estudiados y descubrir las estructuras conceptuales que informan sus actos (Guber, 2014), en este caso

---

<sup>62</sup> Para profundizar sobre la reforma de Río Negro véase Cohen, Hugo y Natella, Graciela, *La Desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental de Río Negro*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2013.

<sup>63</sup> Durante la gestión de la Dra. Stella Maris Martínez al frente de la Defensoría General de la Nación (DGN), la institución se apartó de su función más tradicional, normalmente reducida a la provisión de la defensa pública oficial en el marco de procedimientos estrictamente jurisdiccionales, como ser en materia penal, civil, entre otros. En sintonía con la consolidación del paradigma de los derechos humanos en los distintos poderes del Estado se instauró en la órbita de la DGN un rico entramado de programas y comisiones con el fin de ampliar la defensa de los derechos humanos de grupos en situación de vulnerabilidad social.

En este marco se crearon áreas como el Programa de Derechos, Económicos, Sociales y Culturales, la Comisión del Migrante, el Programa para la Aplicación de Derechos Humanos, la Comisión sobre Temáticas de Género, el Programa sobre Salud, Discapacidad y Adultos Mayores, la Comisión para la Asistencia Integral y Protección del Refugiado y Peticionante de Refugio, el Programa sobre Diversidad Cultural, la Comisión de Cárceles, entre otros.

<sup>64</sup> Kraut intercedió también en la redacción del decreto reglamentario de la LNSM luego de que esta instancia administrativa estuviese casi tres años bloqueada debido a la persistencia de tensiones con posterioridad a la sanción de la ley.

dentro del campo de la salud mental, y particularmente en el proceso de debate de la ley. Es decir, se ha buscado entender desde una mirada reflexiva y desde sus propias perspectivas aquello que piensan y sostienen los actores entrevistados por fuera de la formalidad de la postura que hayan podido expresar durante el debate legislativo o incluso más allá del posicionamiento adoptado públicamente. Por último, y para lograr que el análisis fuese lo más representativo posible se incluyó a un representante por cada uno de los sectores involucrados en el proceso legislativo, con el fin de brindarle al lector un panorama de la conformación y la dinámica interna de este universo de actores, que desde una posición anclada en el paradigma de los derechos humanos y crítica del sistema manicomial, se movilizaron para que fuese sancionada una normativa nacional con fines desinstitucionalizantes.

### **El Movimiento de Desmanicomialización y Transformación Institucional**

El congreso internacional de derechos humanos y salud mental organizado anualmente por la Universidad Popular de Madres de Plaza de Mayo fue uno de los espacios donde comenzó a gestarse la idea de una normativa nacional de salud mental. En este espacio convergieron individuos claves en el proceso legislativo que tuvieron una función de relevancia en los inicios de la articulación entre miembros de la sociedad civil y actores institucionales. El primero de los congresos tuvo lugar en noviembre de 2002 y contó con la participación de referentes nacionales e internacionales de la política, de la cultura y, por supuesto, del campo de la salud mental. Hubo también una importante afluencia de movimientos de izquierda y del peronismo. Asimismo, a lo largo de los congresos se habilitaron espacios de recepción de trabajos académicos que podían versar sobre una diversidad de temáticas como violencia contra las mujeres, medio ambiente, el movimiento piquetero, relatos sobre experiencias de desinstitucionalización, aborto, entre otras temáticas.

A su vez, era habitual la presencia de referentes internacionales de la salud mental comunitaria como el psiquiatra brasileño Paulo Amarante<sup>65</sup>, un referente de la reforma

---

<sup>65</sup> Paulo Amarante es un psiquiatra brasileño doctor en salud pública. Dirige desde 1990 el laboratorio de estudios e investigaciones en salud mental y atención psicosocial. También fue presidente de la Asociación Brasileira de Salud Mental (ABRASME). Es editor científico de la revista *Saúde em debate*, del Centro Brasileño de Estudios en Salud (CEBES) y coordinador del grupo de trabajo en Salud Mental de la Asociación Brasileña de Pos-Graduación en Salud Colectiva. Es autor de libros que constituyen una referencia en el campo de la

brasileña<sup>66</sup> y quien, de acuerdo con lo relatado por uno de mis interlocutores, tuvo una importante influencia en la conformación de uno de los actores sociales que, precisamente, se gestó en el marco de este espacio.

El acto de apertura del primer congreso de 2002 estuvo a cargo de la titular de Madres de Plaza de Mayo Hebe de Bonafini. Su discurso contuvo numerosas referencias a la crisis política, económica y social que atravesaba el país en ese entonces. Algunos años más tarde la figura de Bonafini se volvería a cruzar con la cuestión de la salud mental dado que la buena sintonía política de esta dirigente social con la expresidenta Cristina Fernández de Kirchner, resultó clave para desbloquear de manera definitiva la reglamentación de la LNSM, la cual tardó tres años en concretarse<sup>67</sup>. Unos años más tarde, y en el marco del quinto congreso

---

salud mental como *Superar el manicomio y Loucos pela vida*, cuya versión en español fue publicada por la editorial de Madres de Plaza de Mayo.

<sup>66</sup> Para Manoel Tosta Berlinck (2009) la reforma psiquiátrica brasileña es un movimiento social y político que surgió en el seno de la salud pública. De modo similar a la sanción de la Ley no. 26.657 en Argentina, sus inicios se vinculan al ámbito internacional, particularmente, a la Declaración de Caracas de 1990. Luego de que el Estado brasilero suscribiera a la misma, fue sancionada en 1999 la Ley nro. 9.867, que perseguía como fin la creación de programas de apoyo psicosocial para personas con una problemática de salud mental grave. Unos años más tarde se aprobó una nueva ley, pero esta vez con fines de instaurar un proceso de reforma del modelo de atención, la Ley nro. 10.216, la cual incluye la posibilidad de sancionar a las instituciones que sostengan internaciones involuntarias que revistan un carácter arbitrario y/o innecesario. Finalmente, en julio de 2003 fue aprobada la Ley no. 10.708, que instituye mecanismos de asistencia psicosocial para pacientes con trastornos mentales en condiciones de alta. Esa legislación, más comúnmente conocida como la *Ley del Programa de Vuelta al Hogar*, marca un hito en la historia del proceso de reforma psiquiátrica brasileña, dado que impulsa la desinstitutionalización de pacientes con años de permanencia en instituciones de salud mental por medio de la creación de programas de atención fuera del ámbito hospitalario. En paralelo a este proceso de sanción de leyes nacionales, se fueron acumulando una serie de leyes estatales y municipales, así como disposiciones de las autoridades sanitarias del país que, desde un lugar crítico al manicomio, buscaban erigir dispositivos de atención insertos en la comunidad, entre los cuales se destacan los Centros de Atención Psicosocial (CAPS). De esta manera lo que se buscaba era consolidar y perfeccionar el proceso de reforma psiquiátrica brasilero. Estas leyes subnacionales y disposiciones gubernamentales pretendían, entre varios objetivos, destinar un mayor número de camas de los hospitales generales a la atención de pacientes de salud mental, asegurar fuentes de financiamiento para los programas y dispositivos de atención y, también, garantizar los derechos de las personas con un padecimiento mental, en especial de aquellos que se encuentran internados contra su voluntad. En definitiva, el proceso de reforma en Brasil no se desprendió de la sanción de una sola ley, sino más bien de un conjunto de normas que surgieron desde los distintos poderes y niveles de gobierno.

<sup>67</sup> Existen casos de leyes que a pesar de haber sido sancionadas por las dos cámaras del Poder Legislativo nacional no fueron posteriormente reglamentadas en un tiempo razonable por el Poder Ejecutivo. Este incumplimiento puede incluso atravesar distintas gestiones gubernamentales. Algunos constitucionalistas señalan que se trata de una *inconstitucionalidad por omisión*. No obstante, hay quienes sostienen que la falta de reglamentación no es un motivo válido para no implementar una normativa o no garantizar los derechos que la misma otorga. En el proceso de la reglamentación participan las áreas asociadas a la temática del proyecto de ley sancionado para luego ser revisado por la Secretaría Legal y Técnica. Finalmente es firmado por el/la presidente. Algunas veces este vacío legal es canalizado por medio de la presentación de amparos ante un juzgado generando así una mayor saturación del sistema judicial. Las leyes muchas veces pueden constituir una expresión de deseo que luego no es atendida por el Ejecutivo cuando este poder no asigna los recursos presupuestarios correspondientes o, por ejemplo, cuando no desea confrontar con determinados sectores. Las

internacional organizado por la universidad de las Madres de Plaza de Mayo, confluyó en el mismo un grupo de referentes de la salud mental y los derechos humanos, que comenzó a delinear las bases de un proyecto con proyección nacional, que finalmente se conoció como el *Movimiento de Desmanicomialización y Transformación Institucional* (en adelante el “MDTI”). La relevancia de este tipo de actores sociales radica en que, al canalizar la demanda de colectivos vulnerados, en este caso las personas con un padecimiento mental, se evita que estos mismos grupos sean excluidos del proceso de toma de decisiones.

En línea con la proclamación de su carácter federal, el MDTI se organizaba en torno a asambleas regionales y una asamblea nacional, donde se debatía el programa de acción a seguir en el marco de plenarios organizados de manera rotativa en distintas localidades del país. Inspirados por la sanción de normativas provinciales como la Ley nro. 448 en la CABA Buenos Aires o la Ley nro. 2.440 de Río Negro, el MDTI se propuso impulsar una legislación de características desinstitucionizantes de alcance nacional. En miras a materializar este objetivo, adoptaron estrategia apelar al Congreso nacional.

Este actor social se enmarca en la definición de organizaciones políticas de la sociedad civil esbozada por Marcelo Leiras (2007), según la cual, una organización es una entidad que busca generar un cambio social respaldada en un argumento de interés público, siempre ello en línea con sus valores e intereses reivindicados, los cuales pueden estar o no en tensión con los intereses o valores sociales, culturales, políticos o económicos promovidos por otros sectores u organizaciones. Una parte importante del discurso del MDTI se basaba en una retórica discursiva crítica de la *corporación psiquiátrica*, a la cual se acusaba de llevar a cabo maniobras de colusión con la industria farmacéutica para sostener a las instituciones manicomiales. Al referirse a este modelo de atención no sólo lo hacían en tanto mecanismo de control social, sino también como una fuente de *negocios espurios* de sectores que defendían su vigencia.

La creación del MDTI confluyó con el inicio del mandato en la CDN de la médica psiquiatra Marta de Brasi, quien por aquel entonces formaba parte del partido político AyL, liderado por el abogado porteño Luis Zamora. De Brasi y su esposo y asesor, el también médico

---

leyes que aún esperan ser reglamentadas abarcan una diversidad de dominios como medio ambiente, niñez, cuestiones relativas a la salud y a trastorno mentales específicos como el autismo y, también, diversidad sexual.

psiquiatra Armando Bauleo<sup>68</sup>, eran miembros del MDTI. Si bien la diputada y los integrantes de este actor social poseían una visión común respecto a la necesidad de reformar el sistema de salud mental argentino, cuando advino la necesidad de discutir los contenidos específicos de la normativa surgieron diferencias que conducirían a la ruptura de la esta alianza. No obstante, el ingreso de De Brasi a la CDN le brindó al Movimiento un espacio estratégico que les permitía incluir la cuestión de la salud mental en la agenda legislativa. Cabe señalar que en los primeros años de la década kirchnerista los derechos humanos no había alcanzado aún su nivel máximo de influencia en el diseño de las políticas públicas, lo cual explica en parte porque no prosperó este primer proyecto.

De este modo, y a partir de la convergencia de intereses comunes de legisladores y activistas de la sociedad civil, se conformó lo que Hugh Hecló (1978), desde una posición crítica al concepto tradicional de *iron triangle*<sup>69</sup> o triángulo de acero, denominó una red de asuntos o *issue network*. La noción de triángulo de acero supone la existencia de un número reducido y estable de actores que han sido exitosos en obtener niveles de autonomía considerables, como altos funcionarios del poder ejecutivo, poderosos grupos de lobby con recursos suficientes como para financiar una campaña política, e importantes miembros del poder legislativo. El concepto de red de asuntos comprende, en cambio, a un mayor número de participantes con un grado de dependencia variable, que ingresan y salen de la red con facilidad, como puede ser el caso de un activista cuyo interés pasa por generar o resistir una reforma o iniciativa legislativa. Se constituye así un terreno donde ninguno de los actores involucrados posee un estricto control sobre el asunto en cuestión y las políticas públicas en juego. Las redes de asuntos son espacios de relaciones interpersonales, más bien informales, que se conforman a través de la interacción frecuente entre funcionarios públicos, personas, grupos y organizaciones interesados en una cuestión particular (Leiras, 2007). La mayor incidencia de las redes de asuntos en la delineación de la agenda pública permite en parte entender la creciente relevancia política de las organizaciones de la sociedad civil.

---

<sup>68</sup> De Brasi y Bauleo conocían por dentro la reforma basagliana ya que en el exilio durante la última dictadura ejercieron como psiquiatras en el sistema italiano de salud mental.

<sup>69</sup> El concepto de *iron triangle* o triángulo de acero es una categoría propia de la ciencia política norteamericana largamente utilizada para describir la interacción entre los grupos de interés, miembros del Congreso y los funcionarios del Gobierno Federal.

En relación con el proyecto original de las diputadas Marta De Brasi y Lucrecia Monti, es posible señalar que contenía numerosos elementos que eran reivindicados por los activistas del MDTI<sup>70</sup>. Sin embargo, debido a las diferencias existentes en torno a una serie de puntos, en especial en lo referido a los hospitales monovalentes y a si se debía establecer un carácter obligatorio u optativo de la normativa para las provincias, surgieron fuertes tensiones que finalmente desembocaron en el retiro del apoyo al proyecto De Brasi-Monti por parte del MDTI. Las críticas al proyecto De Brasi-Monti fueron volcadas en un documento publicado en ocasión del congreso organizado en la provincia de Santa Fe con todas las seccionales del país<sup>71</sup>. Con aparición temprana de este primer proyecto en abril del 2007 se organizó la primera jornada de salud mental en la CDN, la cual contó con la participación de referentes del campo de la salud mental, específicamente de la psicología y de la psiquiatría, pero también de expertos en derecho como el abogado Alejandro Morlachetti y el ex juez de la CSJN Eugenio Zaffaroni. Estuvieron también presentes representantes de la psiquiatría como Juan Carlos Stagnaro, referente de APSA y de la facultad de medicina de la UBA, y Miguel Ángel Materazzi, director del Hospital Borda. La presencia de referentes de la psiquiatría en los primeros encuentros organizados se contradice con una de las principales críticas de las asociaciones de psiquiatras a la sanción de la LNSM, según la cual no fueron convocados por la CDN. De hecho, sostenían que su participación comenzó recién en la CSN. Los actores impulsores de la sanción de la LNSM impugnaban este argumento y decían que, en realidad, no es que los psiquiatras no hubiesen sido convocados a exponer, o que no estuvieran al tanto del debate que se llevaba a cabo, sino que, durante este primer tramo del proceso legislativo estas asociaciones se habían mostrado escépticas en cuanto a las posibilidades de que el debate lograra finalmente prosperar.

---

<sup>70</sup> El proyecto De Brasi-Monti se encontraba conformado por los siguientes principios y elementos, algunos de ellos compartidos con la Ley nro. 26.657, a saber: la elaboración de un Plan Nacional de Salud Mental en coordinación con todas las jurisdicciones; creación de un registro unificado de los tres subsectores con respecto a los establecimientos y servicios disponibles; diseño de programas de capacitación del personal de salud mental; articulación de políticas y actividades con las provincias y la CABA en miras a la constitución de una red nacional de servicios de salud mental; establecer parámetros y protocolos para que cada jurisdicción asigne anualmente el presupuesto destinado a los servicios de salud mental; creación de un órgano técnico-consultivo de carácter honorario e interministerial en la órbita del COFESA. Este proyecto, al igual que la LNSM, privilegiaba un tipo de abordaje interdisciplinario, intersectorial y, preferentemente ambulatorio y no en el marco de una internación. No obstante, nada se decía sobre el cierre y sustitución de los hospitales monovalentes, y su implementación para las provincias no constituía un acto obligatorio.

<sup>71</sup> Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-90351-2007-08-27.html>

Cualquier movimiento social se caracteriza por poseer una gran heterogeneidad interna, así como una diversidad de estrategias y estilos organizativos. Es un conglomerado de demandas expresadas de manera diversa que va constituyéndose en movimiento sobre la interpelación a un adversario común y en la medida en que se comparte un objetivo (Jelin, 1995: 131). El MDTI pudo mantener cierta cohesión interna mediante la identificación de un antagonista –el manicomio o la corporación psiquiátrica– y un fin claro –terminar con la vulneración de derechos de los pacientes institucionalizados–, pero ante el surgimiento de un desafío como incidir en la elaboración de una ley nacional se generaron diferencias. Este disenso no debe ser interpretado como algo inherentemente negativo, sino como una consecuencia probable con la cual puede toparse un actor social nuevo ante una instancia novedosa desde la cual es capaz de incidir –o resistir– la transformación de un fragmento de la realidad social. De hecho, este episodio de ruptura puede incluso ser leído como parte de un proceso de maduración del movimiento de salud mental, que pasó de una etapa reactiva a un orden dominante –manicomial y medical– a proponer una alternativa concreta y superadora.

La pérdida del apoyo político de las organizaciones sociales significó un duro golpe a las condiciones de posibilidad del proyecto de Monti-De Brasi. Tal como se señaló anteriormente, esta ruptura fue capitalizada rápidamente por el fueguino Leonardo Gorbacz y otros diputados. Al ser evidente la merma en los apoyos, De Brasi facilitó ciertas condiciones para que el proyecto de Leonardo Gorbacz pudiese avanzar. A partir del establecimiento de una asociación entre Gorbacz y determinados actores sociales se conformó un nuevo espacio de trabajo donde confluyeron agentes de distintas procedencias. Uno de las entrevistadas del MDTI señaló que el diputado fueguino *supo hilvanar y generar un espacio muy sólido y coherente de participación y de adhesión que permitió que la ley saliera*. De este modo, y gracias al establecimiento de canales de intercambio y comunicación fluidos entre Gorbacz, sus asesoras y una pluralidad de actores sociales e institucionales, la segunda versión del proyecto de ley de salud mental logró reunir tras de sí una masa crítica de adhesiones que le permitió ser aprobada por unanimidad en la CDN.

### **La intervención del CELS**

El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) fue uno de los actores más relevantes al momento de situar a la salud mental en tanto asunto socialmente relevante. En el año 2008

esta organización presentó el informe diagnóstico “*Vidas arrasadas*”, en el cual se expuso el estado de situación imperante en los establecimientos neuropsiquiátricos argentinos. En él se registraron episodios graves de abusos y negligencia para con las aproximadamente 25.000 personas que se encontraban en aquel momento internadas en las instituciones asilares de la Argentina. La participación del CELS puede ser concebida como una novedad ya que no se trataba de un actor vinculado originalmente a la salud mental. Sus contribuciones más destacadas al debate público han estado más vinculadas a la denuncia de los delitos de lesa humanidad perpetrados por la última dictadura cívico-militar entre los años 1976-1983<sup>72</sup>.

Una vez en democracia, este organismo fue virando desde su función original de denunciante de delitos de lesa humanidad a erigirse como un actor social abocado a incidir en el proceso de diseño y monitoreo de políticas públicas. Este cambio de rumbo implicó también entablar un nuevo tipo de vínculo con el Estado, ya no únicamente en tanto rival que denuncia las violaciones de derechos cometidas por funcionarios, sino como un organismo desde donde emanan recomendaciones y señalamientos técnicos tendientes a modificar las condiciones estructurales que reproducen las violaciones de derechos (Pochak, 2013). Para incidir en el debate público el CELS ha desplegado un abanico de herramientas y estrategias, a saber: analizar desde un punto de vista técnico-legal si el diseño de una determinada política pública es respetuosa o no de los derechos humanos; influir en la corrección de una política o normativa cuando pueda ser propensa a la violación de derechos y; por último, exigir que se lleven a la práctica aquellas políticas que a pesar de estar enmarcadas en la defensa de derechos no se están implementando, ya sea por omisión o de manera deliberada.

En el caso particular de la LNSM, se debe señalar que estos tres tipos de intervenciones fueron llevados a la práctica a lo largo de su proceso de elaboración, sanción e implementación. Un ejemplo de ello puede encontrarse en la publicación en el año 2009 de un documento en el cual se incluyeron numerosas recomendaciones, algunas de las cuales serían posteriormente incorporadas al texto final de la ley<sup>73</sup>. Este tipo de aporte técnico-

---

<sup>72</sup> Sus fundadores, víctimas directas del terrorismo de Estado, ejercieron un rol fundamental en el registro y denuncia de los graves crímenes cometidos por las fuerzas armadas y de seguridad argentinas. Un hito en la historia del CELS fue el haber sido gestor de la visita de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en septiembre de 1979 con el fin de investigar y recopilar las numerosas denuncias acumuladas hasta la fecha. La visita de este organismo internacional fue clave para desenmascarar los crímenes del régimen que se cometieron durante sus primeros tres años de existencia.

<sup>73</sup> Las propuestas del CELS para el diseño de la ley de salud mental se materializaron en la publicación del documento *Contenidos mínimos necesarios desde una perspectiva de derechos humanos para avanzar en la*

jurídico puede ser a su vez señalado como un rasgo que diferenció al CELS del resto de las organizaciones.

La publicación del *Informe Vidas Arrasadas*, que tuvo lugar casi simultáneamente con el inicio del debate legislativo en la CDN, introdujo en la discusión una grave problemática presente en muchas de las instituciones de salud mental del país, a saber: los llamados *pacientes sociales*. Es decir, aquellas personas que a pesar de haber superado la situación de crisis que motivó la internación, permanecen institucionalizadas durante extensos lapsos por no contar con recursos económicos o habitacionales. El informe operó, en efecto, como un acontecimiento de gran impacto político y social para que funcionarios de los distintos poderes del Estado revieran una serie de legislaciones desactualizadas e insuficientes, así como un entramado de políticas públicas que llevaban al confinamiento crónico de un número considerable de individuos sin que hubiese una adecuada fiscalización por parte de alguna agencia estatal.

La intervención del CELS en la arena legislativa se complementó con la participación en las reuniones de comisión en ambas cámaras del Congreso nacional. Dos de las autoras del informe, la psicóloga Roxana Amendolaro y la psiquiatra Laura Sobredo, fueron incluso expositoras en el momento más álgido del debate legislativo, cuando se desarrollaba en la CSN. Quien también intervino activamente tanto en el desarrollo del documento como en las instancias de debate previas a la sanción de la ley, fue el abogado Mariano Laufer Cabrera, quien luego pasó a ser el primer titular de la Unidad de Letrados de la Defensoría General de la Nación. La idea de confeccionar un documento relevando las condiciones de las personas alojadas en los neuropsiquiátricos argentinos, surge en gran parte gracias a la iniciativa de un individuo clave en las distintas etapas de discusión de la LNSM, el abogado especialista en discapacidad y funcionario de la CSJN Alfredo Kraut, quien mantenía un estrecho vínculo de trabajo con el CELS desde hacía tiempo.

Con el fin de concretar este proyecto los integrantes del área de salud mental de esta organización realizaron una serie de visitas a instituciones manicomiales situadas en la

---

*formulación de una Ley de Salud Mental y otras regulaciones vinculadas con el acceso a la justicia (2009).* Ciertas figuras centrales de la Ley no. 26.657 aparecen en este compendio de sugerencias, tales como el desarrollo de dispositivos intermedios; el consentimiento informado; la prohibición de ciertas prácticas consideradas como tortura; la creación de un órgano revisor independiente de los poderes ejecutivos y la excepcionalidad de la internación involuntaria, entre otras.

Ciudad y Provincia de Buenos Aires, Santiago del Estero, Río Negro y San Luis<sup>74</sup> entre los años 2004 y 2007. Las situaciones más preocupantes se hallaron en la ciudad y provincia de Buenos Aires debido a la gran cantidad de personas institucionalizadas sin criterio. A Amendolaro le generó particularmente asombro encontrar en las instituciones visitadas una nueva categoría de pacientes ausente en los programas de estudio de las carreras abocadas a la salud mental, a saber: los pacientes crónicos. Es decir, individuos institucionalizados de larga data que ya habían superado la crisis inicial que motivó la internación, pero que luego padecían un deterioro adicional en su salud integral como consecuencia de la cronicidad de tratamientos insuficientes o inadecuados.

La elaboración del informe contó con el apoyo técnico-financiero de la organización Mental Disability Rights International (MDRI). Este organismo, con sede en Washington D.C.<sup>75</sup>, capacitó a los integrantes del equipo de salud mental del CELS con el fin de que llevaran a cabo la elaboración de un informe de tales características. El proceso de formación incluyó entrar en contacto con otras experiencias tanto en México como en los Estados Unidos. Anteriormente MDRI había llevado a cabo investigaciones similares en otros países de Latinoamérica con el fin de promover cambios institucionales y de legislación en materia de discapacidad y salud mental. La globalización del derecho de los derechos humanos y la transnacionalización de los movimientos sociales han contribuido a la expansión del activismo legal transnacional (MacDowell Santos, 2007), algo claramente visible en la articulación entre el CELS y MDRI.

---

<sup>74</sup> Las instituciones visitadas por el CELS fueron los hospitales Borda, Moyano y Tobar García, la casa de medio camino Centro psicopatológico Aranguren, las Unidades penales N°20 y N°27 situadas todas ellas en la CABA, un pabellón psiquiátrico en el Hospital Paroissien de la Matanza, la Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca situada en Luján, provincia de Buenos Aires, el Hospital Dr. Domingo Cabred ubicado en la mismo partido de la PBA y el Hospital Interzonal Estévez en Temperley, el centro neuropsiquiátrico San Gabriel y una casa de externación en la localidad bonaerense de Moreno. En Santiago del Estero se visitaron el hospital Diego Alcorta, un pabellón psiquiátrico en el Hospital Independencia y una clínica privada y, finalmente, se relevaron las experiencias de reforma en las provincias de Río Negro y San Luis. Posteriormente a la publicación del informe se realizaron visitas a instituciones ubicadas en las provincias de Córdoba y Salta, donde se encontraron también situaciones de violación de derechos.

<sup>75</sup> La capital administrativa de los Estados Unidos suele ser el lugar elegido por numerosas organizaciones de lobby y fundaciones como sede central. Gracias a su cercanía al poder político esta ciudad estadounidense ofrece ventajas en el proceso de captación de fondos (*fundraising*) para financiar programas y proyectos destinados a la asistencia de grupos vulnerables que estas organizaciones despliegan en países de todo el mundo. El financiamiento muchas veces proviene de iniciativas filantrópicas de grandes empresas o grupos económicos. El informe *Vidas Arrasadas*, por ejemplo, recibió el apoyo financiero de la Fundación Overbrook, la Fundación Morton K. & Jane Blaustein y la Fundación Merck.

En este sentido, la confección del informe *Vidas Arrasadas* puede ser vista como un interesante ejemplo de cooperación internacional entre organizaciones civiles de distintos países. En este caso, se trató de una organización asentada en la capital de los Estados Unidos con recursos financieros y técnicos necesarios, que, por medio de la alianza con un actor local con objetivos similares, consiguieron introducir en la agenda del poder político argentino el tratamiento de una determinada cuestión de interés que hasta entonces había pasado desapercibida. Las mejoras en el transporte y lo sencillo y veloz que se ha tornado intercambiar información entre individuos o grupos de individuos situados en cualquier punto del planeta, han provocado, entre otras cosas, que el surgimiento de ciertas tendencias locales no responda necesariamente a factores domésticos sino a la presión internacional originada en instancias que exceden los límites del Estado nacional (Leiras, 2017).

Gorbacz se valió incluso de este informe como un importante insumo para instalar en la agenda legislativa la necesidad de sancionar una ley de salud mental con perspectiva de derechos humanos. De acuerdo con ciertos enfoques teóricos es habitual que al conformarse redes de cooperación entre activistas y funcionarios los límites entre la burocracia administrativa y las OSC tiendan a volverse difusos (Nyland, 1995). En este caso se puede ubicar una acción complementaria entre un actor social y otro institucional que en un determinado momento comparten intereses y objetivos similares. Por un lado, un diputado nacional –de formación de grado psicólogo– interesado en impulsar una normativa de salud mental, pero a la vez sin un insumo informativo de impacto, y, por otra parte, una OSC con legitimidad en cuestiones de derechos humanos que contaba con los medios apropiados para producir información sobre el área en cuestión. Existía además una buena sintonía entre el Gobierno y el CELS, que contribuía a que el proyecto de Gorbacz recibiese el apoyo del oficialismo a pesar de no ser el un legislador del FPV. Tal como lo señaló una de mis entrevistadas que formó parte del equipo de esta organización que produjo el informe, *el Estado estaba incorporando a su agenda la agenda del CELS*.

Calvo (2013) advierte que lejos de lo que se suele creer habitualmente sobre las fortalezas y debilidades del Congreso nacional, las principales dificultades de esta institución no pasan por la distribución del poder político entre los distintos bloques o en su relación con el PEN, sino a déficits vinculados con la producción de información que facilite el proceso de producción y modificación de leyes. En este sentido, es habitual que exista un cierto

desbalance entre la capacidad de producción de información técnica del PE por sobre el PL (Acuña, 2000). En este caso particular, se puede señalar que ninguno de los dos poderes contaba con los insumos adecuados que facilitase el proceso de producción legislativo. El Estado nacional carecía aún de los recursos –o del interés– y de la estructura en el área de salud mental para llevar adelante una labor de la magnitud que implica un informe diagnóstico del estado situacional de los manicomios argentinos.

La ampliación de las funciones administrativas del Estado ha incrementado la importancia política de muchas OSC siempre y cuando consigan incorporarse con éxito a las redes de asuntos (Leiras, 2017). Este déficit cuantitativo y cualitativo incrementa considerablemente las posibilidades de incidencia de individuos y organizaciones con los incentivos políticos o la expertise profesional necesarias para generar nueva información sobre una cuestión en particular (Leiras, 2017). Debido a la ausencia de estadísticas y datos oficiales no existía entre el funcionariado nacional, abocado específicamente a las políticas públicas de salud mental, una verdadera dimensión del gravoso estado de muchas de las instituciones manicomiales del país. Algunos de los principales elementos que estructuran al contenido de la LNSM surgieron de recomendaciones realizadas por el CELS tanto en el informe arriba mencionado como en otros documentos publicados<sup>76</sup>.

En términos generales, los señalamientos del CELS apuntaban a reemplazar al antiguo entramado legislativo en salud mental y discapacidad por una normativa nacional en línea con los instrumentos internacionales de derechos humanos, y cuyo fin consistiese en establecer mecanismos de control sobre los manicomios del país.

La intervención del CELS no se limitó exclusivamente al aporte de un capital técnico en el marco de las discusiones parlamentarias, sino que también promovió la participación en el proceso legislativo de usuarios de los servicios de salud mental a través de la creación de una

---

<sup>76</sup> Con el debate parlamentario ya en curso, el CELS publicó en agosto de 2009 el documento *Contenidos mínimos necesarios desde una perspectiva de derechos humanos para avanzar en la formulación de una Ley Nacional de Salud Mental y otras regulaciones vinculadas con el acceso a la justicia*, en el cual realiza una serie de una serie de señalamientos con respecto a cuál debería ser el contenido de una eventual legislación, a saber: derecho a recibir atención integral en salud mental; derecho a la integración en la comunidad; derecho a que toda prestación en salud sea provista luego de que la persona usuaria otorgue el consentimiento libre e informado; el derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni de tratamientos experimentales o psicoquirúrgicos, u otros tratamientos irreversibles; la garantía del debido proceso y el derecho a contar con asistencia jurídica gratuita en los procesos de internación involuntaria y de cuestionamiento a la capacidad legal; la excepcionalidad de la internación psiquiátrica involuntaria; la implementación de un órgano de revisión de la salud mental; la promoción de una política de sensibilización, concientización y lucha contra los estereotipos y prejuicios respecto de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

asociación conformada por personas pertenecientes a este grupo social. Las personas con una problemática de salud mental grave enfrentan numerosas dificultades en su cotidiano. A modo de ejemplo, es habitual que tengan problemas para acceder a un trabajo o llevar adelante una vida socioafectiva satisfactoria. En parte por elementos inherentes a su condición de salud y en parte al estigma social que pesa sobre ellos. Así, y tal como aconteció con el proceso de sanción de la LNSM, es habitual que las OSC asuman el ejercicio de la representación de determinados grupos sociales, por lo general grupos vulnerables, en ámbitos político-institucionales (Jenkins, 1983). Por ello, de manera concomitante a la publicación del informe *Vidas Arrasadas*, desde el propio CELS se promovió la creación de la Asamblea Permanente de Personas Usuarias y Sobrevivientes de la Psiquiatría (APUSAM), asociación que posteriormente a la sanción de la LNSM pasó a formar parte de la conformación del primer consejo consultivo honorario. El criterio del área de salud mental del CELS para llevar adelante esta iniciativa radicaba en que cualquier proceso de diseño de un nuevo entramado normativo-institucional precisaba nutrirse del punto de vista del grupo directamente afectado por el tipo de políticas públicas que se quisiera llevar a la práctica.

Por otra parte, en el proceso de sanción de la LNSM se evidenció un elemento por demás interesante a remarcar que arroja luz sobre la interacción entre las OSC con el Estado durante la década pasada. Con posterioridad a la sanción de la LNSM, los integrantes del CELS que participaron en la confección del informe *Vidas Arrasadas* se incorporaron a distintas áreas del Estado vinculadas a la salud mental y la discapacidad. Por ejemplo, la psicóloga Roxana Amendolaro, quien estuvo a cargo de la coordinación del informe, pasó a formar parte del INADI, desde donde se movilizó para visibilizar a la discapacidad psicosocial como fuente de actos discriminatorios. El arribo a diferentes áreas del Estado de miembros del CELS, así como de otras OSC, pareciera confirmar una tendencia que en los años recientes se ha ido consolidando, a saber: la llegada al Estado de numerosos individuos provenientes de las OSC. De acuerdo con el análisis de cómo se arribó a la sanción de la LNSM este patrón pareciera explicarse en parte debido a que los Estados han empezado a incorporar a sus agendas temas o cuestiones impulsadas desde de la sociedad civil. Para el cual, el hecho de incorporar integrantes de las OSC a su estructura implica un beneficio toda vez que dota de una mayor legitimidad a sus políticas, a la vez que le permite hacerse de individuos con una expertise en las nuevas cuestiones que decide incluir en su agenda.

## **Los casos de ADESAM y REDFUV**

En este apartado se llevará a cabo un análisis del rol desplegado en la arena legislativa por dos actores sociales que intervinieron activamente en favor de la sanción de la LNSM, a saber: ADESAM y REDFUV. Mientras que la primera de ellas nucleaba a profesionales de la salud mental, la segunda estaba integrada por usuarios de los servicios de salud mental y familiares. La elección de estas dos organizaciones responde a que su creación ocurrió de manera concomitante con el inicio del debate parlamentario –lo cual les confiere un carácter novedoso dado que se trataba de organizaciones sociales vinculadas específicamente a la salud mental–, y por el alto grado de presencia y activismo sostenidos a lo largo de todo el proceso legislativo. El activismo de estas dos organizaciones y de sus integrantes prosiguió incluso con posterioridad a la sanción de la Ley no. 26.657, tanto como activos participantes del consejo consultivo honorario, o como a través de la incorporación de algunos de sus miembros a áreas del Estado vinculadas a la temática<sup>77</sup>. No obstante, y a diferencia de otros organismos de derechos humanos como el CELS, mayormente quienes integraban la REDFUV y ADESAM no poseían una importante trayectoria en cuestiones vinculadas al activismo social. De hecho, el bagaje experiencial de estos dos actores sociales se fue erigiendo conforme avanzaba el proceso legislativo, por medio del intercambio no sólo con otros actores sociales afines, sino especialmente a partir de la interacción con funcionarios nacionales de los distintos poderes del Estado.

En cuanto a su funcionamiento interno, es posible señalar que se trataba de dos organizaciones con una dinámica flexible e informal con una presencia constante tanto en los espacios de discusión y producción legislativos, como en aquellos promovidos por las áreas del PEN interesadas en que se sancionase dicha normativa. Tanto los entrevistados de ADESAM como de la REDFUV destacaron la permeabilidad con la que contaron sus respectivas organizaciones para participar libremente en los encuentros intersectoriales durante los cuales se debatió el contenido del proyecto de ley. Incluso llegaron a manifestar cierta sorpresa ante la receptividad del poder político para debatir una legislación de carácter

---

<sup>77</sup> Por ejemplo, Mariana Baresi, abogada de ADESAM, pasó a formar parte del equipo de articulación de justicia y salud mental de la nueva DNSMyA, para posteriormente incorporarse a la Unidad de Letrados de la DGN. El caso de Liliana Cabrera resulta interesante ya que, junto a otros integrantes de la REDFUV, fue contratada por la DNSMyA un día después de la creación de esta dependencia pública.

nacional. Remarcaron, asimismo, y particularmente, las numerosas reuniones en los despachos de senadores<sup>78</sup> y diputados como un ejemplo del fácil acceso a los funcionarios legislativos para hacer oír sus demandas.

No obstante, no todos los parlamentarios se encontraban plenamente de acuerdo con la supresión del hospital neuropsiquiátrico del sistema de salud, pero ninguno de ellos en esa coyuntura deseaba ubicarse en un lugar de defensa de una institución a la cual se la señalaba como una fuente de sistemáticas violaciones de derechos. En visión fue en parte catalizada por la presencia en la arena legislativa de la REDFUV, puesto que se trataba de una organización que nucleaba a las personas directamente afectadas por el orden de las cosas. En el contexto de consolidación de las exigencias de ciudadanía la figura de la víctima ha ido adquiriendo una mayor presencia en el espacio público, ya que, por un lado, se han diversificado sus posibles orígenes, tales como catástrofes naturales, guerras, desastres tecnológicos, terrorismo de Estado, pero también de situaciones de abuso sexual, violencia de género, entre otros, y, por otro, la propia noción de víctima se ha hecho extensiva hacia amigos, parejas y familiares de los afectados directos (Zenobi, 2014; 2017: 1,2), como fue el caso de la REDFUV, cuya representación recayó mayormente en los familiares. En este sentido, y en el marco del debate por la ley de salud mental, los pacientes o usuarios, así como sus familiares, se visibilizaron como las víctimas de un sistema de salud mental deficiente –e incluso a veces cruel– que se organizaban no sólo para denunciar lo que les había sucedido, sino también para demandar en la arena legislativa una ley que dismantelara el orden institucional fuente de un daño irreparable a pacientes y familiares. La noción de víctima configura una manera de dar claridad al sufrimiento de ciertos segmentos sociales específicos, en contextos históricos precisos, que se producen o son producidos como tal, confiriendo una legitimidad moral a sus reivindicaciones (Sarti, 2011: 54).

La LNSM y estas organizaciones se encuentran íntimamente vinculadas. La fundación de ADESAM coincidió prácticamente con el ingreso en la CDN de los primeros proyectos de ley de salud mental. El caso de ADESAM reviste, además, la particularidad de que su intervención en la arena legislativa se debió en gran parte gracias al impulso del abogado y secretario general de la CSJN Alfredo Kraut, un individuo clave en la sanción y

---

<sup>78</sup> El único parlamentario que se rehusó a recibir a quienes impulsaban el proyecto de Gorbacz fue el radical Eugenio “Nito” Artaza, que en línea con lo aconsejado por una de sus asesoras cercana a APSA, optó por abstenerse en la votación que tuvo lugar en la CSN.

reglamentación de la LNSM. Este especialista en cuestiones doctrinarias de la discapacidad no sólo colaboró con la redacción del texto de la ley y su decreto reglamentario, sino que además promovió el involucramiento de nuevos actores sociales en el proceso de confección del proyecto de ley. Kraut, en efecto, alentó a los trabajadores del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA)<sup>79</sup>, dependiente del Hospital Esteves, a formar una asociación civil con el fin de participar en la discusión que se estaba llevando a cabo en el Congreso nacional, dado que entendía que el proceso legislativo en curso precisaba de una organización específica de salud mental y derechos humanos que encarnara las distintas experiencias transformadoras realizadas en este campo. Si bien originalmente Alfredo Kraut realizó una convocatoria amplia y abierta con el fin de que esta nueva organización alcanzara una composición heterogénea, ADESAM terminó por incluir principalmente a profesionales de la salud mental del programa PREA. Sin embargo, y a pesar de haber operado como padrino de esta nueva organización, Kraut nunca asumió formalmente su liderazgo ya que había sido nombrado recientemente titular del área de discapacidad de la CSJN. Así, con Kraut como el principal promotor, y con la Declaración de Caracas como base jurídica, precisamente un instrumento internacional de derechos humanos crítico del hospital psiquiátrico, se creó la organización ADESAM.

La REDFUV también contó con un importante promotor, el psiquiatra y funcionario de la OPS Hugo Cohen, quien desempeñó un rol fundamental en el impulso a la participación legislativa de actores sociales como la REDFUV. Además, influyó para que esta y otras asociaciones argentinas pudiesen participar de encuentros internacionales en varios países de América Latina. Estos encuentros constituían espacios de intercambio de experiencias y modelos de actuación entre asociaciones regionales. Muchas veces estas asociaciones no asistían solas, sino acompañadas por funcionarios nacionales e internacionales, tal como se describe en el siguiente fragmento de entrevista:

*La REDFUV participó de muchos encuentros en el exterior. Acá [Argentina] hicimos un encuentro latinoamericano de usuarios y familiares con el aval de la OPS, de la dirección nacional [de salud mental] y la REDFUV. Después fuimos invitados el 2013 al encuentro en*

---

<sup>79</sup> El PREA es una de las tantas experiencias ocurridas en el campo de la salud mental previas a la sanción de la Ley no. 26.657 cuya orientación sanitaria se encontraba en línea con los principios rectores del proyecto presentado por Leonardo Gorbacz. En otras palabras, un enfoque de salud mental interdisciplinario y centrado en los derechos de las personas con una problemática de salud mental.

*Brasilia. En el 2008 Cuba en el Congreso de salud mental comunitaria. 2010 a 20 años de la declaración de Caracas. Se hizo en Panamá. 2015 Chile conferencia regional de salud mental comunitaria. Lo mismo en Lima en el 2016. Colombia creo que fue encuentro de usuarios y familiares para la elaboración de una ley. Ahí fuimos con Leo [Gorbacz]. Guayaquil, Ecuador. Para conformar la red de usuarios y familiares. No me acuerdo de que más. Algunos viajamos con familiares solos. Algunos nos encontramos con OPS. Con Leo Gorbacz. Algunos con los trabajadores de la dirección nacional. Siempre como organización. (Extracto de entrevista con Liliana Cabrera, integrante de la REDFUV)*

Tanto ADESAM como la REDFUV poseían un objetivo claro que consistía en la sanción de una normativa de alcance nacional que asentara las bases de un proyecto de reforma institucional. Dos de las entrevistadas de ADESAM, la abogada Mariana Baresi y la psicóloga Carmen Cáceres, ambas trabajadoras del PREA, remarcaron que desde el comienzo del proceso legislativo la posición tomada por su organización consistía, principalmente, en avanzar hacia la sanción de una legislación en el Parlamento, de la cual luego se desprendería un plan nacional de salud mental. No obstante, esta estrategia contrastaba con lo sostenido por el entonces titular de la UC y otros actores afines - mayormente asociaciones de psiquiatras y funcionarios provinciales- con respecto a la necesidad de una legislación marco:

*En ese momento ya estaba planteada la controversia si hacía falta una ley o lo que planteaba Di Nanno y otra gente cercana a él, todos de APSA, era hace falta un plan. Estaba en discusión en los ámbitos de salud mental, yo te puedo decir concretamente en la mesa federal. (...) Entonces se estabilizó esa mesa federal. Por ahí venían los directores de salud mental de provincia. Planteaban su problemática. Yo quería ubicar que en ese momento que ya había tensión con estas personas que eran directores de salud mental. Estaba Ernesto Serrano que trabajaba con Di Nanno. Ellos siempre traían la posición de que no hacía falta una ley. Hace falta un plan. La posición de ADESAM fue bastante clara. La manifestamos en muchas reuniones: era hace falta una ley, hace falta un plan, hace falta todo lo que estemos dispuestos a generar. No es primero un plan, después una ley. Las cosas se van produciendo en la medida en que estén los actores que pueden sostener determinadas producciones. (Extracto de entrevista con Carmen Cáceres, psicóloga e integrante de ADESAM).*

En el fragmento de la entrevista arriba citado se puede apreciar cómo inicialmente se entabló en el marco de la Mesa Federal, así como en otros espacios de debate, un contrapunto entre, por un lado, un sector que abogaba por llevar la discusión a la arena legislativa nacional con el fin de sancionar una ley marco, como fueron los casos tanto de REDFUV como de ADESAM y, por otro, un conjunto de influyentes actores, encabezado por Di Nanno, algunos directores provinciales de salud mental y las asociaciones de psiquiatría, quienes no consideraban necesario apelar a la vía legislativa, sino impulsar directamente un plan sanitario desde el MSN en coordinación con los Estados provinciales.

Por otra parte, y a fines ejemplificativos de como conforme avanzaba el proceso legislativo surgían tensiones internas, incluso hacia dentro de las organizaciones analizadas en este apartado, Carmen Cáceres, integrante de ADESAM, arrojó luz sobre otra de las principales divergencias entre los actores en pugna y, a partir de la cual, se apoyarían las asociaciones de psiquiatras para calificar a la iniciativa parlamentaria como cargada de animadversión contra la psiquiatría y la medicina, a saber: el artículo 12<sup>o</sup><sup>80</sup>. Para la entrevistada, este artículo no tendría que haber sido incluido en el texto de la legislación en estudio puesto que generaba inertes disputas disciplinarias con las asociaciones de psiquiatras, las cuales eran, en definitiva, un actor clave dentro del campo de la salud mental. Este artículo no solo provocó tensiones con las asociaciones de medicina sino también dentro de la propia ADESAM:

*Ya bastantes problemas íbamos a tener en nuestro cuestionamiento al gran hospital psiquiátrico y plantear que nadie debe vivir internado. Si hacemos alusión en la ley a un colectivo determinado, a una profesión, generamos un malestar que en la misma asociación nuestra tuvo un enfrentamiento. Adentro de ADESAM una psiquiatra nuestra decía que le parecía totalmente dañino poner ese artículo. Otra psiquiatra decía que eso a ella no le aludía porque nunca había considerado la posibilidad de que la medicación fuese un castigo. Es como que esta controversia llegó hasta muy adentro de las instituciones. Hoy, pasaron los años, la compañera psiquiatra que pensaba que estaba mal poner eso lo sigue pensando. Yo también sigo pensando que fue una torpeza. Una torpeza por no poder pensar estratégicamente. (Extracto de entrevista con Carmen Cáceres, psicóloga e integrante de ADESAM).*

---

<sup>80</sup> En este artículo se dispone que la prescripción de fármacos sólo se debe utilizar como recurso terapéutico y no como castigo, por conveniencia de terceros y/o para suplir la falta de acompañamiento terapéutico o de cuidados especiales.

Situados en un enfoque más bien pragmático, ADESAM, la REDFUV, y otros actores sociales afines, prefirieron no insistir con la corrección del artículo 12° ya que eso hubiese implicado demorar la aprobación definitiva de un proyecto que en las instancias parlamentarias previas había tenido dificultades para avanzar. Por este motivo, se priorizó que se sancionase lo antes posible el proyecto tal cual estaba redactado. Esta estrategia, cabe aclarar, no fue un movimiento aislado de una organización en particular, sino que era compartida por la mayoría de los actores que participaron en la Mesa Federal, los cuales entendían, además, que la sanción de una ley nacional no era un fin en sí mismo sino una eficaz herramienta para avanzar paulatinamente hacia un proceso de reforma institucional en todo el país.

La irrupción de la discusión legislativa en el campo de la salud mental disparó diferencias entre actores que históricamente se habían considerado como parte de un mismo espacio. El caso de los ex titulares de APSA, Horacio Vommaro y Juan Carlos Stagnaro, resulta paradigmático toda vez que se trataba de dos referentes del campo de la salud mental y los derechos humanos cuyo vínculo con numerosos actores se vio afectado a raíz del debate parlamentario. No obstante, y quizá el caso más llamativo haya sido el de Diana Kordon, una psiquiatra de renombre en el campo de la salud mental y reconocida militante de derechos humanos que en los años ochenta coordinó el equipo de asistencia psicológica de la Asociación Madres de Plaza de Mayo, espacio del cual surgieron justamente los primeros movimientos tendientes a que se sancionase la Ley no. 26.657. Kordon no sólo se mostró crítica respecto al contenido del proyecto legislativo, destacando al mismo tiempo otros proyectos presentados en la instancia senatorial, sino que también impugnó la dinámica que adquirió el proceso de discusión parlamentario, al cual describió como hermético. También se mostró en desacuerdo con la lógica de aprobar el proyecto lo antes posible por cuestiones de índole pragmática, o de modificar posibles imperfecciones en la instancia de reglamentación.

Asimismo, la psiquiatra consideraba que había faltado un mayor diálogo y consulta con los trabajadores de la salud mental, y consideraba, en cambio, que habían tenido un protagonismo excesivo los organismos de derechos humanos. Cabe aclarar que su discurso reivindicaba la perspectiva de derechos humanos, de hecho, esbozó una osada

comparación entre la situación de las personas internadas en los manicomios y la de los detenidos en la última dictadura, pero no se pronunció de manera tajante sobre el cierre del hospital monovalente, y propuso tomar como referencia las anteriores experiencias de transformación institucional por sobre las *recetas* de la OPS. Lo interesante de esta mirada crítica es que provino de una psiquiatra con un amplio recorrido en la defensa de los derechos humanos desde la salud mental, y cuyo testimonio versó en parte en torno a un rasgo central del proceso legislativo en estudio, y que es la sobrerrepresentación de actores del campo de los derechos humanos por sobre asociaciones de profesionales con una inserción institucional concreta. Estas tensiones entre actores afines no pasaron desapercibidas para muchos. Una entrevistada resumió esta situación de la siguiente manera:

*...esto ha dividido los campos de una manera lamentable. (...) ...lo que te estoy nombrando con nombres concretos...no es que ADESAM se peleó. No. Empezamos a no poder caminar juntos. La ley...estar a favor de la ley dividió a muchísima gente. De lo que eran las relaciones naturales que veníamos teniendo y llevando adelante. (Extracto de entrevista con Carmen Cáceres, psicóloga e integrante de ADESAM).*

Si bien el campo de la salud mental ha sido tradicionalmente un espacio de pujas de poder entre la pluralidad de actores que lo habitan, con la irrupción de la discusión legislativa emergieron nuevas tensiones. Particularmente, la irrupción de la dinámica legislativa disparó una notable polarización con las asociaciones de psiquiatría –incluso con aquellas que se identificaban con el discurso de los derechos humanos–, las cuales adoptaron una posición defensiva de sus incumbencias y de la figura del psiquiatra en general. Las motivaciones y las estrategias de movilización de este interesante actor social serán analizadas a continuación.

### **La oposición a la sanción de la LNSM**

El análisis del posicionamiento de las asociaciones de medicina y psiquiatría que se opusieron a la aprobación de la Ley no. 26.657 reviste un particular interés ya que se trata de un importante grupo de actores en el campo de la salud mental. Los principales cuestionamientos a la iniciativa parlamentaria en discusión se resumir de la siguiente manera: que el

procedimiento de la internación involuntaria pudiese prescindir de la firma de un psiquiatra; la utilización de la categoría *padecimiento mental* en vez de enfermedad o trastorno; el abordaje interdisciplinario como una forma de interferencia en las incumbencias del médico, en especial en cuanto a la indicación de psicofármacos; y por último, la defensa de la continuidad de los hospitales monovalentes de salud mental en el sistema sanitario. De allí que no sea vano preguntarse cómo fue posible que un proyecto de ley tan cuestionado y resistido por este influyente conglomerado de actores sociales haya logrado no sólo prosperar legislativamente, sino también, obtener el voto de la casi totalidad de los parlamentarios. Sin embargo, al remitirnos a los documentos disponibles sobre el proceso legislativo, así como analizando las entrevistas, es válido interrogarse si quienes se visibilizaron en la arena legislativa eran verdaderamente representativos de la mayoría de médicos, o si en cambio, tal como aconteció en las exposiciones en la CSN se trataba más bien de miembros del campo de la medicina que ocupaban puestos de dirección, jefaturas, la titularidad de cátedras, o la propiedad de clínicas privadas de salud mental. Todos estos ámbitos –los efectores públicos-privados y los espacios académicos– eran en algún punto alcanzados por la sanción de la Ley no 26.657. Por lo general, los médicos suelen tener múltiples adscripciones institucionales. En efecto, es habitual que quienes se desempeñan en efectores públicos también hagan lo mismo en clínicas y centros de salud en el ámbito privado.

No obstante, durante el proceso legislativo precedente a la sanción de la LNSM, al momento de referir su pertenencia institucional los expositores psiquiatras y médicos se inclinaron a destacar su trayectoria en el ámbito público y/o su afiliación en entidades sin fines de lucro, dejando de lado su inserción en el sector privado. Incluso hubo quienes realizaron críticas al proceso de mercantilización de la salud a pesar de pertenecer a reconocidas entidades privadas de salud. Para este actor social lo que se jugaba entonces en el proceso legislativo era su inserción tanto en el subsector público como su forma de vinculación con el mercado de servicios de salud. El proyecto de ley impulsado por grupos de usuarios y familiares, así como por organizaciones de derechos humanos y actores institucionales del PEN, asignaba una nueva ubicación a los profesionales de la psiquiatría en el sector público de salud al equiparar su situación con otras disciplinas. Yago Di Nella, en la entrevista realizada en el marco de esta investigación, fue explícito al respecto cuando remarcó que para la *corporación médica* resultaba clave retener para sí las jefaturas de servicio en los hospitales,

toda vez que esta posición jerárquica les permitía ejercer más de un trabajo de manera simultánea y, por lo tanto, hacerse de un mayor número de ingresos monetarios.

Por otra parte, al prohibir dicha normativa la apertura de nuevos neuropsiquiátricos e instar a la sustitución de los ya existentes, limitaba de alguna manera las chances de los médicos psiquiatras de incorporarse al mercado de servicios de salud. Al mismo tiempo, el proyecto finalmente votado, si bien no impedía a los prestadores privados internar coercitivamente de manera articulada con las empresas de medicina prepaga, si impulsaba la creación de una serie de nuevos actores institucionales con el fin de incrementar la fiscalización de lo actuado por los servicios de internación privados. La resistencia de este actor social a legislaciones o movimientos desinstitucionalizantes no es algo novedoso. Por ejemplo, con anterioridad a la discusión de una ley nacional, la Asociación Gremial de Psiquiatras de la Capital Federal (AGP), asociación integrante de la FEMECA, junto a otras de las organizaciones arriba mencionadas, antepusieron de manera coordinada una acción declarativa de inconstitucionalidad ante el poder judicial porteño con respecto a varios artículos de la Ley no. 448, que fue finalmente declarado inadmisibile por el Tribunal Superior de Justicia (TSJ) de la CABA<sup>81</sup>.

En virtud de la naturaleza que adoptaron los argumentos de este actor social, resultan reveladores los aportes teóricos de Eduardo Menéndez con respecto a lo que denominó modelo médico hegemónico. Este autor definió a este concepto como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica. La cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al resto de conjunto de prácticas, saberes e ideologías presentes en los conjuntos sociales, al punto de lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (Menéndez 1978, 1979, 1981, 1983, 1985). En la actualidad, si bien otras disciplinas participan del proceso terapéutico –y la tendencia pareciera ser que se irán sumando nuevas profesiones al campo de la salud mental–, es la psiquiatría la que detenta un lugar de predominio. Esta conducta corporativa de la medicina no constituye un fenómeno nuevo ni circunscripto al campo de la salud mental. De hecho,

---

<sup>81</sup> A grandes rasgos las razones de este recurso se fundaban en que al permitir el ejercicio de cargos jerárquicos a profesionales no médicos (trabajadores sociales, psicólogos y enfermeros con título universitario) se estaba vulnerando el derecho a la vida, a la salud y a la integridad psicofísica de las personas en el marco de una alteración de las funciones e incumbencias del médico.

data de cuando la medicina comenzó a complejizarse técnicamente y a aumentar su base de clientes, lo cual requirió que los médicos delegaran algunas de las tareas más simples en auxiliares. Las tensiones se generaban cuando estos nuevos auxiliares comenzaron a actuar por fuera de la tutela y supervisión del médico, lo cual podía decantar a veces, en invocaciones a la autoridad estatal con el fin de imponer cierto orden en su favor (Belmartino, 2005). En el campo de la salud mental es posible encontrar las primeras disputas de esta naturaleza a fines de los años cincuenta cuando la medicina se negaba a ceder el ejercicio exclusivo de las psicoterapias (Dagfal, 2013). En efecto, en las audiencias públicas del Senado nacional los expositores médicos manifestaban a modo crítico que el proyecto con media sanción se inmiscuía en sus incumbencias, especialmente en la de indicar psicofármacos, cuando en realidad, el proyecto en tratamiento no hacía referencia alguna a una modificación, de, por ejemplo, la Ley de ejercicio profesional de la psicología, la cual prohíbe expresamente que un psicólogo pueda prescribir psicofármacos.

Así, se observó particularmente un contraste entre el tono del discurso de los representantes de la psicología, el trabajo social y la terapia ocupacional, con respecto a los discursos desplegados por los representantes de la medicina y la psiquiatría, quienes dedicaban gran parte de su tiempo de exposición a defender la figura y las incumbencias del médico psiquiatra en tanto actor central de un tratamiento. Sin embargo, no todas las exposiciones de los psiquiatras seguían la misma línea argumental. Mientras que APSA y la facultad de medicina de la UBA recurrieron a una crítica más bien técnico-sanitaria, otro tipo de organizaciones como la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP) o la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), desplegaron un discurso de defensa cerrada del saber médico. Por ejemplo, el médico psiquiatra Humberto Messone desplegó un discurso que bien podría asociarse a la denominada *vieja psiquiatría*, al utilizar una serie de categorías y términos estigmatizantes como *nuestros enfermos*, *oligofrénicos* y *dementes*. La falta desembozada de una perspectiva federal en las exposiciones de algunos representantes de la psiquiatría, a pesar de pertenecer a asociaciones nacionales, y las críticas reiteradas a la labor parlamentaria de la CDN, condujo probablemente a uno de los momentos más tensos que se vivió en la cámara alta a partir de la intervención de la senadora por Córdoba, Haydee Giri, presidenta en aquel momento de la Comisión de Salud y Deporte del Senado, y de la senadora por San Juan Marina Riofrío, quienes reprendieron a los expositores:

**Senadora Haydee Giri.** - Discúlpeme doctor. Pero esta Cámara no se va a cargo de lo que ha sucedido en la Cámara de Diputados. Nosotros tenemos una mecánica totalmente distinta. Quisiera que nos refiramos a lo que está sucediendo acá. Lo que sucedió allá es tema de Diputados y ya sucedió.

**Marchant.** - Esto empezó en Diputados.

(...)

**Marchant.** - Cuando estuvimos en la Legislatura, Clori Yelicic, una diputada socialista me invitó, y yo le iba a mandar a otra gente, pero ella quiso que vaya y al final me convenció para ir a la Legislatura.

(...)

**Senadora Haydee Giri.** -Perdón doctor. Cuando habla de la legislatura, ¿A qué legislatura se refiere?

**Marchant.** - Me refiero a la legislatura de la Ciudad de Buenos Aires.

(...)

**Senadora Haydee Giri.** -Disculpe, pero las senadoras dicen que el país no es la Ciudad de Buenos Aires. Usted representa a la Asociación Argentina de Psiquiatras. Nosotros pretendemos algo global, porque la ciudad tiene su realidad que difiere de la de las provincias.

**Marchant.** - Entonces...Acá en la Ciudad de Buenos Aires (...) Así creo que es en todo el país.

(...)

**Senadora Riofrío.** - Antes de seguir avanzando en estas exposiciones que son de muchísimo interés, sería bueno que nos pusiéramos de acuerdo en algo. Acá en la Cámara de Senadores está representado el país en su integridad. Un poco por lo que se dio hace un momento. Todos los invitados representan instituciones de carácter nacional. Les pedimos que en las exposiciones tengan visión de país (...) Estamos analizando una ley que es para todo el país, es una ley marco y también porque intentamos, aunque sea en este ámbito, tratar de nivelar las desventajas que tiene el interior. Hoy están acá y, aunque sean de instituciones nacionales, son de aquí, de la Ciudad de Buenos Aires. Les pedimos que estudien y expongan con visión de Nación.

(Versión taquigráfica de reunión de la comisión de salud y deporte, 24 de noviembre de 2009)

Si bien la resistencia de este actor a la sanción de la Ley no. 26.657 se puede explicar a partir de la reorganización en el acceso a los cargos de jefatura impulsada por la normativa, también puede ser señalada como fuente de oposición al proyecto los propios rasgos estructurantes del modelo médico, el cual pondera al factor biológico en tanto principal componente del proceso salud-enfermedad-atención, en detrimento de otro tipo de determinantes psicosociales. En efecto, en los planes de estudio de la carrera médica hay un escaso contenido de materias relativas a las ciencias sociales cuando en realidad hace tiempo existe cierta aceptación de que la prevalencia de determinadas enfermedades responde a determinados patrones culturales y sociales (Laurell, 1986). Este sesgo biologicista adquiere una mayor relevancia si se tiene en consideración que la LNSM se propone adaptar los planes de estudios de las carreras universitarias que intervienen en el abordaje de la salud mental.

Vale destacar que Stagnaro, expositor invitado por el departamento de salud mental de la Facultad de Medicina de la UBA, se movilizó activamente para que los legisladores rechazasen la iniciativa parlamentaria presentada por Leonardo Gorbacz. En sus exposiciones aclaró que intervenía en tanto formador de futuros profesionales médicos cuyas incumbencias no podían ser objeto de una injerencia disciplinar.

Así, la impronta biologicista impregnó varias de las exposiciones de los representantes de la psiquiatría. Desde este sector se realizaron numerosas críticas al principal proyecto en discusión señalando una supuesta falta de rigurosidad científica y sanitaria de la normativa. En la arena legislativa este actor social se presentaba como garante de la racionalidad científica. Y, si bien los representantes de este actor esbozaron en sus exposiciones legislativas declaraciones favorables al trabajo con otras disciplinas, se producía seguidamente una defensa de la jerarquía médica por sobre el resto de las otras profesiones, precisamente por ser portadores de un saber técnico-biológico.

De acuerdo con lo mencionado en el primer capítulo de este trabajo, la Ley Nro. 26.657 establecía para las internaciones involuntarias la obligatoriedad de la firma de dos profesionales de distintas disciplinas de los cuales uno debía ser psicólogo o médico psiquiatra. Esta disposición despertó la resistencia de este actor social ya que su intervención en el inicio de este tipo de recurso terapéutico restrictivo no era obligatoria, y podía ser suplida por la intervención de un psicólogo. En palabras de Juan Carlos Stagnaro, expositor por la facultad de medicina de la UBA:

*La persona que llega con una confusión mental puede hacerlo por un cuadro orgánico o funcional. Si uno no sabe hacer un diagnóstico diferencial puede cometer un gravísimo error y va a atentar contra el derecho humano que es el derecho a la vida. Toda internación es acto médico que es la única profesión universitaria que tiene una formación como para dilucidar ese problema clínico (Intervención del psiquiatra Juan Carlos Stagnaro, director del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires 24 de noviembre de 2009).*

Para el expositor, que la evaluación precedente a la internación por motivos de salud mental estuviese a cargo de un médico se trataba de un requerimiento profesional que de no respetarse podía estar vulnerándose el mismo derecho a la vida y, lo que permitiría al médico evitar un desenlace deletéreo, sería precisamente el ser portador de un saber orgánico-biológico. En general, según los representantes de las asociaciones de medicina, una

internación precisaba necesariamente del aval ya sea de un médico clínico o de un psiquiatra, toda vez que, desde esta perspectiva, la internación en una institución de salud constituía una acción exclusiva de los profesionales de la medicina. Como es posible apreciar en el fragmento arriba citado, el principal argumento radicaba en que los médicos eran los únicos profesionales universitarios aptos para dilucidar si un cuadro de desorganización psíquico-conductual respondía a una afección de origen orgánico o psicológico.

En este sentido, cabe preguntarse ¿por qué este actor social fue durante las exposiciones en el Senado casi el único en oponerse al proyecto de ley con media sanción? ¿Por qué fuera de las organizaciones de medicina y psiquiatría no hubo otros actores que apoyaran su posición? Para responder a estos interrogantes, es menester dimensionar que medidas tales como la ponderación del abordaje interdisciplinario o el objetivo de sustituir a los hospitales monovalentes por dispositivos comunitarios, condujo a las asociaciones de médicos y psiquiatras a percibir que su posición de poder dentro del campo de la salud mental se encontraba amenazada. Ello se pudo apreciar con claridad, por ejemplo, en los múltiples planteos respecto del monopolio del suministro farmacológico, una facultad que, en realidad, de ser sancionada la LNSM, no implicaba en modo alguno un despojo de las incumbencias de dicho grupo sociolaboral. Que algunos de los expositores invitados hayan llegado a resignificar esta ley como un modo de autorizar la participación de otros profesionales no médicos –psicólogos, trabajadores sociales, etc.– en el suministro de la medicación revelaba, en definitiva, hasta qué punto temían que esta normativa les quitase sus facultades profesionales. En definitiva, este grupo conformado casi en su totalidad por asociaciones de medicina y psiquiatría encarnaba la defensa de un paradigma centrado en la patología conocido generalmente como médico-céntrico o médico-rehabilitador, de acuerdo con el cual, la cuestión nodal vinculada a la discapacidad o a la enfermedad está centrada en el orden de lo patológico, en la “anomalía” física o mental que afecta a un sujeto o a un grupo social determinado (Acuña et al, 2010).

Esta noción tradicional del fenómeno mental colisionó en la arena legislativa con el modelo social de la discapacidad o paradigma de derechos, encarnado no sólo por organizaciones civiles sino también por áreas del Estado como el INADI, la SDHN y la Defensoría General de la Nación, en alianza con actores y organismos internacionales, y cuya intervención conjunta se daba en un marco parlamentario impregnado por el paradigma de los derechos

humanos. Quienes defendían la sanción de una ley que adoptara los principios del modelo social de la discapacidad situaban el foco de la cuestión ya no en la afección físico-psíquica, sino en los obstáculos institucionales y societales que operasen como barreras para la plena integración en la comunidad de las personas con una problemática de salud mental. Las instituciones monovalentes de salud mental eran caracterizadas por este grupo de actores como los principales responsables de la segregación de este grupo poblacional. Por lo que su sustitución por otra clase de recursos terapéuticos constituía un importante objetivo en su agenda. Mientras que, en un sentido opuesto, para las asociaciones de psiquiatría la continuidad del hospital de especialidad o monovalente se convirtió en una de sus principales demandas. La cual, junto con la exclusión de otras disciplinas en el acceso a las jefaturas de servicio, pueden ser señalados como los principales puntos de convergencia de las asociaciones de medicina y psiquiatría que se movilizaron a lo largo del proceso legislativo. Ello comprendía a asociaciones como APSA y la Facultad de Medicina de la UBA, que ejercían una crítica de corte técnico-sanitaria, hasta la Asociación de Médicos Municipales (AMM) y la Federación Médica de la Capital Federal (FMCF), las cuales desplegaron un discurso conservador y de defensa irrestricta de la figura del médico.

Entre estas organizaciones reproductoras de un discurso reivindicador de un orden disciplinar jerárquico encabezado por la medicina, se destacó particularmente la ya mencionada AMM, una entidad gremial de médicos y médicas de todas las especialidades con asiento en la red de hospitales públicos de la CABA<sup>82</sup>. Esta organización ha sido efectiva ejerciendo cierta injerencia en la política sanitaria porteña, lo cual incluye la incorporación de cuadros propios en el organigrama del Ministerio de Salud local, así como de la designación del ministro a cargo de esta área. Ha sido, en efecto, su capacidad de presión ante las autoridades políticas locales una de las razones de la fallida implementación de la Ley no. 448 y de los escasos avances registrados en la aplicación de la LNSM. Por lo que se trataba de un actor por demás influyente, pero, cabe aclarar, dentro de la esfera de la CABA. En este sentido, fue sumamente llamativo que haya sido la única entidad gremial de la medicina con una participación directa en las exposiciones legislativas acontecidas en el Senado de la Nación,

---

<sup>82</sup> Un rasgo distintivo del sistema sanitario de la CABA respecto del resto de las jurisdicciones provinciales es la disponibilidad de personal, en especial de médicos. Mientras que la media nacional es de 40 médicos cada 10.000 habitantes, en la capital federal es de 164. Estadística disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio/datos/fuerzadetrabajo>.

precisamente un órgano parlamentario con lógica federal. Nuevamente, sus exposiciones sesgadas en la realidad sanitaria de la CABA, generó llamados de atención y cierto fastidio en las senadoras que se encontraban presentes en las reuniones de comisiones. Tal como se puede apreciar en el siguiente fragmento:

Sr. Gilardi- Buenas tardes, señora presidenta, senadores, invitados todos. La Asociación de Médicos Municipales es una institución gremial, pero con un fuertísimo compromiso con las ...

Sra. Negre de Alonso- ¿Municipales de la Ciudad de Buenos Aires?

Sr. Gilardi- Sí.

Sra. Presidenta- Sí. Yo le voy a pedir disculpas al resto de los municipios de la Argentina, porque no hemos podido cumplimentar las invitaciones a todos los demás. De algún modo, es verdad que Dios hace más pasaditas por la Capital Federal.

Los roces entre parlamentarios y representantes de algunas de las asociaciones de medicina y psiquiatría se repitieron en las exposiciones acontecidas en el Senado nacional, y si bien su importancia final en la sanción de la normativa en estudio es difícil de precisar, no se debe ignorar que ya en la instancia senatorial estos actores sociales se encontraban en una situación adversa. Había ya, en efecto, suficientes indicios para comprender que el Poder Legislativo se había mostrado más bien favorable al avance de un proyecto de ley contrario a sus intereses profesionales, algo que, por momentos, parecía pasar inadvertido para muchos de sus representantes, los cuales subestimaron la incidencia que tenía en aquella coyuntura sociopolítica particular el discurso de los derechos humanos. De este modo, y en una línea argumentativa de esta índole, se desarrollaron las exposiciones de los representantes de la AMM, las cuales además de estar centradas en la realidad local de la capital del país<sup>83</sup>, versaban no tanto en cómo debía organizarse una política pública de salud mental, ya sea local o nacional, sino principalmente en el pedido de continuidad de las *instituciones neuropsiquiátricas*, entendiendo a las mismas como el eje de cualquier eventual plan nacional de salud mental. No obstante, cabe aclarar, los representantes de la AMM reconocieron la necesidad de avanzar en una reformulación de las instituciones manicomiales, aunque sin

---

<sup>83</sup> Desde esta asociación se realizaron alusiones a la aprobación de la Ley no. 448 de la CABA, y a como esta normativa no fue aplicada en dicha jurisdicción, puesto que en palabras del expositor Gilardi, *era una ley hecha para la biblioteca*, haciendo alusión al carácter supuestamente complejo e idealista de una legislación que a fin de cuentas buscaba introducir cambios en un sistema que demostraba, y sigue demostrando, signos de agotamiento.

profundizar cuales aspectos debían ser reformulados. La tenue crítica a los hospitales monovalentes contrastaba con el consenso generado en gran parte gracias al documento *Vidas Arrasadas*, en cuanto a la situación de los manicomios.

En las exposiciones de los representantes de la AMM, la defensa de esta clase de institución iba acompañada, naturalmente, por un pedido de no injerencia en las incumbencias profesionales de los médicos, en un marco de trabajo, que a su criterio podía ser multidisciplinario, pero no interdisciplinario, tal como figura en la letra de la LNSM. Si bien los expositores de la AMM no desarrollaron de manera explícita qué entendían por *multidisciplina*, al analizar sus discursos es posible inferir que se trataba de un concepto que, si bien admitía la coexistencia de diferentes disciplinas en un mismo espacio institucional, las mismas debían desenvolverse de manera independiente y con escasa o nula interacción entre ellas.

Sin embargo, resulta necesario señalar ciertas diferencias entre los actores que conformaban la oposición al proyecto de Gorbacz, toda vez que, en realidad, no se comportaron como un bloque monolítico, sino que más bien desplegaron estrategias y herramientas discursivas dispares. En este sentido, no se evidencia registro de que se hubiese establecido una instancia de coordinación operativa que delineara una estrategia legislativa común. En cambio, los activistas que apoyaron la sanción de la LNSM sí establecieron redes de intercambio e intervenciones comunes con el fin de influir en el voto de los legisladores. Las diferencias recabadas entre las asociaciones de médicos no se visibilizaron únicamente en los recursos discursivos empleados en las exposiciones del Senado nacional, sino que también fueron enunciadas en las entrevistas con los dos interlocutores de APSA y la facultad de medicina de la UBA, Horacio Vommaro y Juan Carlos Stagnaro respectivamente. Ambos entrevistados, en efecto, veían a sus organizaciones como una continuidad de una tradición dinámica y progresista de la psiquiatría, a la vez que se distanciaban de otro sector al cual denominaban la *derecha psiquiátrica*. Por este motivo creían que, al confrontar con la psiquiatría, el proyecto de ley de Gorbacz era injusto con aquellos profesionales que habían encabezado célebres procesos de reforma institucional:

*Siempre los psiquiatras habíamos estado a la cabeza de las transformaciones y de la mejora del sistema de salud mental. Por supuesto que dentro de la psiquiatría hubo luchas encarnizadas, con los que llamábamos en mi juventud los psiquiatrones, que eran los tipos*

*del hospicio, del viejo asilo, conservadores, generalmente tipos de derecha, que no eran la mayoría de los psiquiatras, pero que efectivamente habían contribuido a personas poco avisadas a darle a la psiquiatría ese aspecto retrógrado y asilar. Pero nada tenía que ver con esto. De hecho, ahí abajo tenés una lista con los desaparecidos de la salud mental, donde los psiquiatras tuvimos un buen contingente, y eran todos muchachos y chicas que en ese momento estaban en las reformas psiquiátricas que impulsábamos en los años 70. Así que nos parecía que eso era un desconocimiento de la historia del país y era una consideración injusta para con los psiquiatras. (Entrevista con Juan Carlos Stagnaro, ex presidente de APSA y profesor titular de la materia salud mental y consejero directivo de la Facultad de Medicina de la UBA)*

El entrevistado reproduce una tensión que atraviesa la psiquiatría argentina entre grupos con una impronta organicista y asilar, que con el desarrollo de los neurolépticos primero, y de la psicofarmacología moderna después, se hizo finalmente de un sustrato empírico que validara sus antiguas e históricas pretensiones científicas, mientras que por otro lado, se consolidó una corriente más bien progresista cercana al movimiento de la salud mental que, incorporaba elementos del psicoanálisis y de las ciencias sociales, al mismo tiempo que promovía experiencias de trabajo conjunto con psicólogos y trabajadores sociales (Dagfal, 2009). La irrupción y el rechazo a la LNSM en el campo de la psiquiatría provocó que las tensiones preexistentes fueran dejadas de lado para alinearse detrás de un objetivo común. Por otro lado, la referencia a los psiquiatras detenidos-desaparecidos en la última dictadura surgió también en el discurso legislativo de Horacio Vommaro, expositor por parte de APSA. Esta acción discursiva puede ser entendida como una forma de disipar ciertos preconceptos alrededor de la figura del psiquiatra, en tanto aliado del Estado para sostener un orden social injusto y cruel. Cabe recordar que algunos de los expositores psiquiatras aludieron que la LNSM ubicaba al médico en una posición de torturador, o en una figura de autoridad proclive a violar los derechos humanos de las personas internadas. En este punto vale la pena remarcar que este fenómeno no es solamente local, ya que en 2009 la World Psychiatric Association (WPA) instauró, en el marco del Plan de Acción 2008-2011 adoptado por la asamblea general de esta entidad internacional, un grupo de trabajo dedicado a recopilar y analizar información sobre la estigmatización de la psiquiatría y los psiquiatras con el fin de emitir una serie de recomendaciones a las asociaciones nacionales de psiquiatría tendientes a mejorar la imagen de esta disciplina. No sólo se recomendó introducir cambios tanto en los planes de estudio

como en la praxis profesional, sino que las sugerencias incluyeron también tejer lazos con asociaciones de otras profesiones no médicas, con organizaciones de familiares y pacientes, así como con medios de comunicación<sup>84</sup>.

En consecuencia, el rechazo de estas asociaciones al proyecto presentado por Gorbacz hizo que su apoyo se volcara a otras iniciativas parlamentarias, como la de los senadores Samuel Cabanchik y Gabriela Di Perna, o hacia el proyecto de los senadores Cano, Rached y la senadora por Catamarca Blanca Monllau, los dos primeros miembros del radicalismo, mientras que la tercera pertenecía al Frente Cívico y Social de Catamarca. El caso de este segundo proyecto mencionado resulta particularmente llamativo ya que si bien Cano, titular de la Comisión de Salud y Deporte, y presidente del bloque de senadores del radicalismo, se había comprometido con los representantes de APSA a votar en contra del proyecto proveniente de la cámara baja, en su propio proyecto había artículos críticos del modelo de atención hospitalo-céntrico e, incluso, se utilizaba en algunos pasajes del mismo el término padecimiento, el cual era rechazado por las asociaciones de psiquiatría por impreciso y ambiguo. En el proyecto de ley de Cano, que sería eventualmente retirado, a diferencia de la LNSM, se disponía la preservación del hospital monovalente o de especialidad como parte integrante de la red de servicios de salud. Asimismo, y si bien el proyecto de ley de Cano le confería al Estado nacional un rol más activo en cuanto a las políticas públicas en salud mental –dado que, según expuso en su rol de miembro informante, era el Estado central el que había asumido los compromisos internacionales en materia de salud– el proyecto de ley no era de cumplimiento obligatorio para las provincias, sino que se buscaba promover consensos y acuerdos con los Estados subnacionales.

A modo de cierre del presente capítulo, se desea subrayar que el punto de vista de las asociaciones de psiquiatría y medicina con respecto a cómo debía estructurarse una ley que regulara la atención en salud mental comenzó a apreciarse con mayor fuerza y claridad una vez que el proyecto obtuvo media sanción en la CDN. A partir de ese momento se dio una gran movilización para establecer –quizá tardíamente– contactos con senadores y altos funcionarios del MSN. A pesar de esta reacción, pareciera advertirse que hubo, no obstante, una gran dificultad de este actor para comprender que en aquella particular coyuntura política y social estaban reunidas determinadas condiciones para que avanzara una iniciativa como la

---

<sup>84</sup> Los resultados de este trabajo se encuentran disponibles en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20975855/>

Ley no. 26.657, como ser la inclusión de la salud mental en una fortalecida agenda de derechos humanos, que objetivaba en el manicomio una potencial fuente de violaciones de derechos básicos. Un elemento que, por cierto, no pareciera haber sido percibido por las asociaciones de médicos, que insistieron durante el proceso en la defensa de esta institución en tanto piedra angular del sistema de salud mental, cuando fue justamente el descrédito del hospital neuropsiquiátrico lo que empujó a muchos de los legisladores a no votar en contra de una legislación que se proponía su sustitución, dado que ello conllevaba para los legisladores de ambas cámaras un costo político elevado. A ello se sumó la ausencia de vínculos fluidos con asociaciones de otras disciplinas y con organizaciones de familiares que les hubiese permitido construir un bloque de apoyo que excediera a las asociaciones médicas, tal como se desprendía de las recomendaciones emanadas del documento de la WPA.

Quizá de haber advertido esta situación a tiempo habrían podido alcanzar una solución de compromiso tanto con actores sociales como con institucionales. Sin embargo, se puede decir que la inadecuada estrategia de movilización de las asociaciones de psiquiatras en el Congreso nacional contrastó con la efectividad que desplegaron para impedir que la LNSM avanzara en su implementación, al punto de haber casi logrado que se modificaran con un decreto reglamentario los principales puntos de la normativa durante el gobierno de Cambiemos. Por otro lado, no contaron con un respaldo visible de las asociaciones de familiares críticas del proyecto de Gorbacz, y que después de más de una década de la sanción de la Ley no. 26.657 comienzan a perfilarse como la principal amenaza a su continuidad, una novedad que puede ser capitalizada por este actor social que, con todos sus recursos, no supo impedir el avance lento pero seguro de una legislación nacional ajena a sus intereses y saberes.



## Conclusiones

La sanción de la Ley no. 26.657 por una amplia mayoría en ambas cámaras del Congreso nacional constituyó un hito para el campo de la salud mental. Anteriormente no había una normativa nacional de la cual se desprendiera un norte claro en el diseño e implementación de las políticas públicas en la materia. En su lugar convivían desarticuladamente leyes provinciales –algunas de ellas sirvieron de inspiración para la sanción de la legislación en análisis– con una delicada situación en los manicomios argentinos, que fue visibilizada en la arena legislativa con la publicación del célebre informe *Vidas Arrasadas*. La presión para que se tomaran medidas que dieran una respuesta a esta situación se vio asimismo incrementada a partir de la emisión de fallos judiciales por parte de la CSJN, y por los lineamientos plasmados en tratados internacionales de derechos humanos, suscriptos por el propio Estado nacional, tanto de discapacidad como de salud mental. En esta investigación se desarrolló particularmente el caso de la CDPD y el modelo social de la discapacidad que pretende instaurar. Esta acumulación de jurisprudencia empujaba cada vez más una adecuación de la normativa local a los principios procedentes desde dichas instancias nacionales e internacionales, los cuales mayormente apuntaban a garantizar la protección de grupos sociales vulnerables. Una consecuencia directa de estos movimientos fue que se generara en esta coyuntura una agenda legislativa tendiente a la consolidación de derechos vinculados a la salud, cuyo ejemplo más nítido fue la LDP, que adelantó algunos de los pilares conceptuales que luego fueron parte de la LNSM. Si bien es claro que esta última legislación es específica de salud mental, se podría señalar que ambas son parte de una misma agenda tendiente a modificar la histórica asimetría vincular existente en la relación médico-paciente-sistema de salud.

Sin embargo, en la Ley no. 26.657 no sólo se incluyó el objetivo de establecer un piso de derechos mínimos en salud mental, algo a lo cual destinó, en efecto, varios artículos, sino que sus redactores plasmaron en ella un conjunto de disposiciones tendientes a erigir una nueva institucionalidad respecto a la atención que se ha de brindar. En donde se puede advertir con mayor nitidez este espíritu transformador es en el articulado relativo al cierre de los hospitales monovalentes –los cuales siempre han sido los principales receptores de los recursos presupuestarios– y su consecuente sustitución por una red de dispositivos alternativos. Para ello, la LNSM asignó al MSN, en tanto autoridad de aplicación, la tarea de

diseñar un Plan Nacional de Salud Mental con los principios instaurados en la normativa, para luego en coordinación con los Estados subnacionales, llevar adelante el proceso de aplicación, una tarea inconclusa hasta hoy. En este nuevo esquema de atención pretendido por la LNSM la lógica comunitaria y los hospitales generales adquirieron una trascendencia que antes no tenían. Por lo que estos objetivos implicaron un verdadero desafío administrativo, toda vez que el sistema de salud se caracteriza desde hace tiempo por una falta de coordinación entre los actores –públicos y privados– que lo componen, razón por la cual introducir reformas o mejoras es una tarea hartamente compleja. Sin embargo, esto no desalentó a que numerosos actores sociopolíticos avanzaran en la promoción de una normativa desafiante al estatus quo en el campo de la salud mental, atravesado, precisamente, por las mismas fallas estructurales del sistema sanitario argentino, a las cuales ha de agregarse las internaciones crónicas o pacientes sociales. Su actuación se vio asimismo fortalecida por una coyuntura política favorable donde diversas demandas o cuestiones vinculadas a la agenda de derechos humanos tenían una retroalimentación positiva con los intereses de los diferentes poderes estatales. Si bien el proceso legislativo precedente a la sanción de la LNSM no tuvo una notoriedad mediática ni social significativa, su aprobación constituyó un acontecimiento inseparable de un contexto sociopolítico durante el cual fueron sancionadas numerosas leyes vinculadas a la ampliación de los umbrales de ciudadanía.

En miras a alcanzar sus ambiciosos objetivos, la Ley no. 26.657 no sólo se basa en el discurso o paradigma de los derechos humanos –que impregna el texto de ley– sino que también se apoya en la APS y en la intersectorialidad, ya que entiende que la complejidad inherente a la cuestión de la salud mental requiere de la intervención de sectores ajenos al campo sanitario, un elemento que se puede apreciar en como esta ley define a la salud mental, en tanto fenómeno determinado por múltiples aristas. Por su parte, la ponderación tanto de la APS, así como del abordaje comunitario e intersectorial, están alineados con el principal punto de la ley, a saber: la sustitución de los hospitales monovalentes por dispositivos alternativos. No obstante, y tal como se ha señalado en este trabajo, los avances en la implementación de la LNSM han sido más bien escasos, y hasta incluso la normativa corrió riesgo de ser o derogada o modificada por un nuevo decreto reglamentario que se elaboró en el MSN en el marco de la gestión del gobierno de Cambiemos.

La continuidad de la Ley no. 26.657 se enfrentó a nuevos desafíos por la irrupción en la escena pública de familiares de usuarios de consumidores problemáticos que se han visibilizado como víctimas, y que claman que sus allegados han padecido la falta de acceso a un tratamiento en adicciones porque la ley de salud mental prohíbe internar sin el consentimiento del paciente, algo que como se ha visto, no es cierto ya que la internación involuntaria se encuentra contemplada y avalada en el artículo 20°. La postura de estos nuevos actores, que, por cierto, estuvieron ausentes, o al menos no se movilizaron activamente durante el proceso aquí analizado, se ha visto amplificada muchas veces por la cobertura que realizan los medios de comunicación tradicionales, que retratan al “loco” o “adicto” de manera estigmatizante, a la vez que señalan a la LNSM como demasiado garantista de sus derechos. En simultáneo, somos testigos de cómo siguen operando granjas o comunidades terapéuticas que someten a supuestos consumidores problemáticos de sustancias a tratos crueles y degradantes, a la vez que suministran tratamientos con una escala o nula base científica, lo cual da cuenta que aún persiste un déficit en la fiscalización de los Estados nacional y provinciales de determinados dispositivos, cuya actuación no se condice con los principios de la LNSM.

El origen de esta discusión se puede rastrear en las controversias que se sucedieron en torno a otro de los elementos innovadores de la ley, como fue la incorporación del consumo problemático en el artículo 4°. Si bien las intenciones de los autores del proyecto legislativo era correr de la esfera penal al consumo de sustancias consideradas ilegales, para así ubicarlo dentro del campo de las políticas de salud, la falta de avances en el desarrollo y consolidación de efectores que aborden esta problemática –la cual suscita una alta sensibilidad social– ha llevado a que se señale a la LNSM como la principal responsable de los problemas que existen en este ámbito.

Paradójicamente, y esto constituye uno de los principales hallazgos de esta investigación, uno de los motivos que explica la aprobación de la Ley no. 26.657 es que el jefe de Gabinete Aníbal Fernández poseía un interés particular en esta ley, ya que este influyente funcionario y su grupo de colaboradores, estimaban que era necesaria una nueva legislación de salud mental que permitiera a posteriori diseñar nuevas leyes en materia de drogas que no penalizaran el consumo. De un modo similar sucedió con la intervención de la senadora Beatriz Rojkes, quien facilitó determinadas condiciones para el tratamiento del proyecto en

la CSN, ya que tenía también un interés en flexibilizar las políticas de drogas ilícitas. El rol desplegado por Fernández fue clave para neutralizar la estrategia obstructiva del MSN, un organismo que inicialmente se mostró favorable a la posición de las organizaciones médicas. Una muestra del interés del coordinador de ministros se puede encontrar en la decisión de situar la CONISMA en el ámbito de la jefatura de Gabinete, y en cómo operó para incidir en la designación de Yago Di Nella, el primer director de salud mental desde el gobierno de Raúl Alfonsín, quien una vez en el cargo debió afrontar la falta de apoyo de las autoridades del MSN, lo cual fue en parte suplido nuevamente por el respaldo proveniente de la JGM. Cabe subrayar que no es azaroso que antes de su arribo a la cartera sanitaria Di Nella se haya desempeñado en la SDHN, la cual, junto a otros organismos de derechos como el INADI, el Ministerio Público Fiscal y la DGN, se movilizaron activamente para que se aprobara la ley. Y es que la LNSM, como fue desarrollado a lo largo de la tesis, fue producto del activismo no tanto de sectores vinculados al campo de la salud –como gremios y asociaciones de enfermería, psicología, trabajo social, o incluso psiquiatría–, sino más bien al accionar de organizaciones que han operado dentro del campo de los derechos humanos, y cuya actuación se vio fortalecida durante la década kirchnerista. La intervención del CELS fue en este sentido paradigmática, toda vez que se trataba de un actor que se creó con el fin de denunciar las violaciones a los derechos humanos en la última dictadura, pero que, en el marco de la década kirchnerista, incorporó a su agenda, entre otras cuestiones, a la salud mental, que a su vez fue tomada por el Gobierno, cuyo interés en que prospera esta normativa se pudo apreciar en que el proyecto ni siquiera fue presentado por un diputado oficialista, sino por un aliado de un pequeño bloque, el Espacio SI.

Sin embargo, lo que es importante poner de relieve es que no se observó una movilización significativa de asociaciones que nuclearan al personal de salud de las instituciones, con la excepción de ADESAM, que, si bien nucleaba a profesionales del hospital Esteves, se creó con el fin específico de participar en el proceso legislativo. En cambio, si hubo –tardíamente– una gran movilización de asociaciones de psiquiatría y de medicina, sobre todo en la CSN, pero para rechazar el proyecto de Gorbacz, ya que percibían que avanzaba contra sus incumbencias profesionales, a tal punto que ciertos expositores invitados interpretaron que el proyecto habilitaba a otras disciplinas a recetar psicofármacos, algo que se encuentra expresamente prohibido por otras leyes que no eran alcanzadas de ninguna manera por la

LNSM. De esto modo, y a pesar de tratarse del principal operador en el campo de la salud mental, estos importantes actores no cumplieron su objetivo. Si bien no fue poco, solamente lograron demorar un año la aprobación de la ley. Este fracaso puede ser atribuido no simplemente a que el contexto sociopolítico estaba atravesado por el discurso de derechos, sino más bien a la subestimación que hicieron las asociaciones de psiquiatría de la eficacia que había adquirido este paradigma los últimos años, algo que era fácilmente objetivable en el nivel de movilización social y en la gran cantidad de leyes con perspectiva de derechos sancionadas.

Muy por el contrario, estas organizaciones se aferraron a un discurso basado en argumentos técnico-sanitarios –con una marcada impronta biologicista– y en la defensa del hospital monovalente, un dispositivo en torno al cual se generó cierto grado de acuerdo respecto a sus dificultades para reinsertar en un tiempo razonable a las personas internadas en su medio comunitario. Este fue el consenso que se generó en el Congreso nacional y que permitió que la ley fuese votada de manera unánime, incluso por senadores que públicamente se habían mostrado críticos del proyecto. Y es que, en definitiva, ningún legislador quiso ser señalado como un defensor de instituciones tan cuestionadas, ni siquiera aquellos que habían adquirido el compromiso de rechazar el proyecto, como el senador radical Cano con APSA, que, al momento de la votación, ignoró lo acordado y realizó un encendido discurso en favor de la aprobación de la iniciativa. Tampoco hay evidencia de que las asociaciones y gremios de psiquiatras hayan establecido espacios para coordinar una estrategia legislativa común, con la excepción de la facultad de medicina y APSA, que si desplegaron discursos similares entre sí y diferenciados del resto de las organizaciones.

Además, pareciera haber jugado cierta inexperiencia que se vio particularmente, primero en la subestimación de que el proyecto pudiese avanzar y, segundo, en el tenor de algunas de las exposiciones ocurridas en las audiencias públicas, que molestaron a algunas de las senadoras, por ejemplo, cuando los expositores médicos focalizaban su discurso en la realidad sanitaria de la capital del país sin siquiera aclarar a que distrito estaban haciendo alusión. Parte de esta torpeza discursiva podría deberse a que se trataba de organizaciones que nucleaban a una figura –el médico– habituada a desplegar su saber y autoridad en ámbitos donde no suelen ser comunes los cuestionamientos a su posición de jerarquía. Pero quizá, a la luz de todo lo aquí estudiado, lo que más perjudicó a la estrategia legislativa de estas

organizaciones es haber defendido su postura en solitario, y sin el apoyo de una red de asociaciones que no fuesen solamente las de medicina o psiquiatría. De este modo, lo que se proyectó hacia fuera de estos grupos fue un discurso que se asemejaba más a una defensa corporativa que a una disquisición sobre las características que debía adoptar una legislación que ordenara una política pública de alcance nacional, cuyos argumentos versaban incluso en torno a cuestiones que no se estaban discutiendo.

En cambio, las organizaciones que sí apoyaron la sanción de la LNSM, y cuyos testimonios fueron analizados en el tercer capítulo, establecieron prontamente redes formales e informales de comunicación y trabajo conjunto, desde la formación del MDTI en el marco de los congresos de Madres de Plaza Mayo, hasta la Mesa Federal coordinada por la SDHN. En el marco de esta estrategia fue de suma importancia la intervención del exdiputado Begnis, quien se movilizó en favor de la LNSM ante los secretarios de derechos humanos y directores de salud mental provinciales. Además, fue importante que dentro de estos espacios siempre estuvieron incluidos las asociaciones de usuarios y familiares, cuyo apoyo operó como una eficiente herramienta simbólica, ya que se trataba del grupo directamente afectado por el escenario normativo-institucional existente. Conscientes de ello, algunos actores institucionales claves promovían el involucramiento legislativo de estas asociaciones, puesto que materializaba en la arena legislativa un nuevo tipo de víctima, aquel o aquella que había sobrevivido al manicomio. En efecto, el CELS fue promotor de la creación de APUSAM, precisamente una entidad que recogía la voz de “víctimas de la psiquiatría”, lo cual cobra sentido si se tiene en cuenta que en Argentina, las últimas décadas, y sobre todo desde la última dictadura en adelante, víctimas y familiares de víctimas se han afirmado como actores legítimos y portavoces de demandas de justicia ante sucesos de los más diversos (Pita, 2022:42). Por ello, una de las lecturas posibles de la LNSM es en tanto un acontecimiento político reparatorio para para con las personas usuarias internadas en las instituciones asilares argentinas. Actores sociales como APUSAM, la REDFUV y APEF (Asociación Argentina de Ayuda a la Persona con Esquizofrenia y su Familia), de hecho, continuaron vinculadas al proceso de implementación una vez sancionada la ley a través del CCH y el ORN, consolidando una verdadera trayectoria de activismo social y militancia. Incluso, algunos de sus integrantes se incorporaron a la función pública, como el caso de Liliana Cabrera, que fue convocada por Di Nella para trabajar en la recién creada DNSMyA.

En suma, y tal como se ha querido enfatizar a lo largo de esta investigación, la sanción de la LNSM formó parte de un dinámico proceso de ampliación de los umbrales de ciudadanía, que tuvo al Congreso nacional como un rico escenario de producción legislativa. En este sentido, la Ley no. 26.657 se complementó con la entrada en vigor del CCyCN, y el otorgamiento de jerarquía constitucional a la CDPC mediante la sanción de la Ley no. 27.044, lo cual conformó un sólido entramado normativo que, en principio, debiera dificultar el avance de experiencias regresivas en materia de discapacidad y salud mental. A pesar de ello, no se observan avances significativos en el desarrollo de redes de dispositivos intermedios o comunitarios que reemplacen a los hospitales monovalentes, así como tampoco un fortalecimiento de los servicios de salud mental de los hospitales generales. Tampoco pareciera haber en el sector público un mayor acceso a los cargos de coordinación y dirección por parte de otras disciplinas además de la psiquiatría. Es difícil precisar si esto responde a un fuerte trabajo de lobby desplegado en los Estados subnacionales por parte de grupos como las AMP, una falta de interés de la política en la cuestión de la salud mental, o cierta apatía o rechazo en los profesionales de la salud mental a la Ley no. 26.657. En todo caso pareciera válido sospechar que puede deberse a una combinación de todos estos factores, y, a la luz de lo analizado en esta tesis, es posible que la escasa participación de los trabajadores de la salud mental en el proceso de producción legislativo signifique hoy día un importante escollo para la implementación, ya que no es sencillo imaginar cualquier tipo de reforma que se quiera introducir en las instituciones de salud mental sin la participación de los trabajadores en la toma de decisiones, incluyendo por supuesto, a los profesionales de psiquiatría. De este modo, y si bien al momento de la discusión legislativa el activismo de organizaciones sociales e institucionales vinculadas a los derechos humanos pareciera haber sido un modo eficaz de impulsar el proyecto de ley de Gorbacz, debido en gran parte al contexto sociopolítico imperante, en lo que respecta a la implementación se advierte la necesidad de incorporar a sujetos insertos en el sistema sanitario, ya sea en los efectores o en áreas ejecutivas; de lo contrario, se corre el riesgo de seguir en la actual situación de estancamiento.

## **Bibliografía**

**ABLARD, Jonathan** (2008), *“Madness in Buenos Aires: Patients, Psychiatrists and the Argentine State, 1880-1983”*. Calgary: University of Calgary Press.

**ABRAMOVICH Víctor y COURTIS Christian** (1997), “Hacia la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. Estándares internacionales y criterios de aplicación ante los tribunales locales”, en: *La aplicación de los tratados internacionales sobre derechos humanos por los tribunales locales*, Buenos Aires, Ed. Del Puerto/CELS.

**ABRAMOVICH, Víctor y PAUTASSI, Laura** (2009), *La revisión judicial de las políticas sociales. Estudio de casos*, Buenos Aires, Ed. Del Puerto.

**ACUÑA, Cecilia y BOLIS Mónica** (2005), *La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: amenazas y perspectivas*, julio de 2005, OPS-OMS.

**ACUÑA, Carlos Hugo** (2000), “Problemas políticos institucionales que obstaculizan mejores políticas públicas en la Argentina de hoy”, artículo publicado en el *V Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública*, Santo Domingo, Rep. Dominicana, 24-27 oct. 2000.

**ACUÑA, Carlos Hugo y BULIT GOÑI, Luis** (2010), *Discapacidad: derechos y políticas públicas*, Buenos Aires, Editorial Siglo Veintiuno.

**ACUÑA, Carlos Hugo y CHUDNOVSKY Mariana** (2002), “El sistema de salud en Argentina”, en *Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional-Fundación Gobierno y Sociedad*, Universidad de San Andrés.

**ALONSO, Juan Pedro y MANTILLA, María Jimena** (2012), “Aportes socio-antropológicos de las etnografías en hospitales psiquiátricos. Revisión de la bibliografía anglosajona y latinoamericana”, en *Revista Culturas Psi*, ISSN 2313-965X, Buenos Aires.

**ALONSO, Juan Pablo, et al** (2016). *Debates parlamentarios sobre la muerte digna en Argentina: los derechos de los pacientes terminales en la agenda legislativa, 1996-2012*.

**AMENDOLARO Roxana, LAUFER CABRERA Mariano y SPINELLI Gabriela** (2015), “Salud mental y código civil argentino en el siglo XXI: cambio cultural, interdisciplina, capacidad jurídica, internación. De cómo las prácticas modifican las visiones y las visiones las prácticas”, en *Derecho de Familia*. Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia, número 69, mayo-2015.

- ASE, Iván y BURIJOVICH, Jacinta** (2009), “La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?”, en *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 5(1):27-47, enero - abril, 2009.
- BARRERA, Leticia.** (2012), *La Corte Suprema en escena: una etnografía del mundo judicial*, Buenos Aires, Ed. Siglo XXI.
- BERLMARTINO, Susana** (2005), *La atención médica argentina en el siglo XX: instituciones y procesos*, Buenos Aires, Ed. Siglo XXI.
- BISANG, Roberto y CENTRANGOLO, Oscar** (1997). “Descentralización de los servicios de salud en la Argentina”, CEPAL-Serie de Reformas de Política Pública, 47, Santiago de Chile.
- BOURDIEU, Pierre.** (2012), *Sur l'État. Cours au Collège de France 1989-1992*, Paris, Éditions de Seuil.
- CALVO, Ernesto** (2013), “Representación política, política pública y estabilidad institucional en el Congreso argentino”, en, C.H. Acuña (comp.), *¿Cuánto importan las instituciones? Gobierno, Estado y actores en la política argentina*, Buenos Aires, Editorial Siglo Veintiuno.
- CANGUILHEM, Guillem** (1958), “Qu'est-ce que la psychologie?”, Conférence prononcée le 18 décembre 1958 au Collège philosophique à Paris, Parue dans *Revue de Métaphysique et de Morale*, n°1, 1958, Paris. Disponible en: <http://psysnepap.free.fr/?p=148>
- CAPARROS, Antonio** (1991), "Crisis de la psicología: ¿singular o plural? Aproximación a algo más que un concepto historiográfico", *Anuario de Psicología*, 51.
- CASTELLANO, Guillermo** (2004), *Fiel Testimonio - Memorias de un taquígrafo parlamentario*, Editorial Dunken, Buenos Aires.
- CELS-MDRI** (2008), *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos de la Argentina*. Buenos Aires, Ed. Siglo XXI.
- CHIARA, Magdalena, CROJETHOVIC, María, y ARIOVICH, Ana.** (2017), “El universalismo en salud en Argentina entre 2003 y 2015: balances y desafíos desde una aproximación macroinstitucional”, en *Salud colectiva*, 13(4), 663-676.
- COHEN, Hugo y NATELLA, Graciela** (2013), *La Desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental de Río Negro*, Buenos Aires, Lugar Editorial.

**COX, Gary y MORGENSTERN, Scott** (2001), “Legislaturas Reactivas y presidentes Proactivos en América Latina”, en *Desarrollo Económico*. Buenos Aires: IDES, vol. 41, n°163, 373-393.

**DAGFAL, ALEJANDRO** (2009), *Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo*. Buenos Aires, Ed. Paidós.

----- (2013), “Breve historia de la psicología en Argentina (1896-1976)” Disponible en: [http://www.elseminario.com.ar/modulos/modulo\\_04\\_1\\_2013.pdf](http://www.elseminario.com.ar/modulos/modulo_04_1_2013.pdf)

**DA SILVA CATELA, Ludmila** (2002), “El mundo de los archivos”, en: *los archivos de la represión: documentos, memoria y verdad*. Ludmila da Silva Catela y Elizabeth Jelin (eds.), Madrid, Siglo XXI Editores, y Social Science Research Council. Publicado con permiso.

**DE SALVIA, Doménico** (1986), “Orígenes, características y evolución de la Reforma Psiquiátrica italiana a partir del año 1978. Evaluación estadística/epidemiológica y sus perspectivas de realización”, en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. VI, N°16.

**De los SANTOS, Miguel Ángel** (2008), “Derechos humanos: compromisos internacionales, obligaciones nacionales. Reforma Judicial”, en *Revista Mexicana de Justicia*, Número 12. Recuperado de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/22032>

**DE LELLIS, Martín** (2018), “El movimiento de salud mental: una aproximación histórica y crítica”.

**DIANA, Nicolás y KRAUT, Alfredo** (2013), “Sobre la reglamentación de la Ley de Salud Mental”. Publicado en *Revista Jurídica La Ley*, Buenos Aires.

**FARAONE, Silvia** (2012), “El acontecimiento de la ley nacional de salud mental: los debates en torno a su sanción” en: *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, Año 2, No. 4.

**FLACSO.** (2015), Informe Técnico para el Diseño de Plan de Trabajo para reorientación de Programas de Salud Pública. Chile: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

**FOUCAULT, Michel** (1987), *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Buenos Aires, Ed. Siglo XXI.

----- (1994), "La psychologie de 1850 à 1950", *Dits et écrits*. Paris, Gallimard.

----- (2002), *Historia de la locura en la época clásica*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.

----- (2010), *Los anormales*, Buenos Aires, Ed. Fondo de la Cultura Económica de Argentina.

**GALENDE, Emiliano** (2013), *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*, Buenos Aires, Editorial Lugar.

**GARCÍA VALDECASAS CAMPELO, José y VISPE ASTOLA Amaia** (2011), “Mercaderes en el Templo: hegemonía del paradigma bio-comercial en Psiquiatría” en: Rev, Asoc. Esp Neuropsiq, 31 (110), 321-341.

**GARREFA, Gabriela** (2006), Análisis del diseño y funcionamiento de los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. (Tesis de Maestría). Facultad de Ciencias Económicas-Universidad de Buenos Aires (FCE-UBA)

**GENÉ, Mariana** (2017), “Alianzas y decisiones en el primer gobierno de Cristina Fernández Kirchner. Sobre apuestas políticas y reconfiguraciones”, en: Pucciarelli, Alfredo y Castellani, Ana (comp), “*Los años del kirchnerismo. La disputa hegemónica tras la crisis del orden neoliberal*”, Buenos Aires, Editorial Siglo XXI.

**GOFFMAN, Ervin** (2012), *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, 2da. Ed. 2da. reimp, Buenos Aires, Ed. Amorrortu.

**GONZÁLEZ BOMBAL, Inés y LANDI, Oscar** (1995), “Los derechos en la cultura en la cultura política”, en *Juicio, Castigos, y memorias. Derechos humanos y justicia en la política argentina*, Buenos Aires, Ed. Nueva Visión.

**GUBER, Rosana** (2014), *La etnografía. Método, campo y reflexividad*”, 1a ed., 2º reimp., Buenos Aires, Ed. Siglo XXI.

**JELIN, Elisabeth** (1995), *La política de la memoria: el movimiento de los derechos humanos y la construcción democrática en Argentina*, Buenos Aires, Ed. Nueva Visión SAIC

**JENKINS, J. Craig** (1983), “Resource Mobilization Theory and the Study of Social Movements”, en: *Annual Review of Sociology*, 9, 527-553. Retrieved July 19, 2020. Disponible en [www.jstor.org/stable/2946077](http://www.jstor.org/stable/2946077).

**LAGACHE, Daniel** (1980), *La unidad de la psicología*. Buenos Aires, Ed. Paidós.

**LAUFER CABRERA, Mariano** (2015), “¿Qué dice el nuevo Código Civil sobre las internaciones en salud mental?”, en *Infojus Noticias*, septiembre de 2015.

----- (2016). “Derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial. Nuevos estándares para la Defensa Pública en salud mental”, en *Revista del Ministerio Público de la Defensa* No. 91, Buenos Aires.

**LAURELL, Asa Cristina** (1986), “El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina”, en *Cuadernos Médicos Sociales* N° 37, págs. 1-10.

**LEIRAS, Marcelo** (2007), “La incidencia de las organizaciones de la sociedad civil en las políticas públicas. Definiciones, explicaciones y evaluaciones de la literatura especializada local e internacional”, en, C.H. Acuña y A. Vacchieri (comps.), *La incidencia política de la sociedad civil*, Buenos Aires, Editorial Siglo Veintiuno.

**LLANOS, Mariana** (1998), “El presidente, el congreso y la política de privatizaciones en la Argentina (1989-1997)” en *Desarrollo Económico*. Buenos Aires: IDES, 38, n°151, 743-770.

**LOMBRAÑA, Andrea Natalia** (2013), “Medidas de seguridad y derecho penal: El caso de Rodolfo desde una perspectiva antropológica”, en *Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación; Derecho Penal; II; 5; 6-2013; 233-258*.

**LORETI, Damián y LOZANO, Luis** (2017), “Derechos humanos: de la amnistía encubierta a un modelo de justicia impartida”, en: Pucciarelli, Alfredo y Castellani, Ana (comp), “*Los años del kirchnerismo. La disputa hegemónica tras la crisis del orden neoliberal*”, Buenos Aires, Editorial Siglo XXI.

**MARTÍNEZ FRANZONI, Juliana, y SÁNCHEZ-ANCOCHEA, Diego** (2013), “La construcción de universalismo y sus contradicciones: lecciones de los servicios de salud en Costa Rica, 1940-2011” en: *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 22 (spe), 55-74. Recuperado en 08 de agosto de 2022, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-499X2013000200004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-499X2013000200004&lng=es&tlng=es).

**MENENDEZ, Eduardo** (1978), "El modelo médico y la salud de los trabajadores", en F. Basaglia et al: *La salud de los trabajadores*. Edit. Nueva Imagen: 11-53, México.

----- (1979), *Cura y Control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México, Edit. Nueva Imagen.

----- (1981), *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México, Ediciones de la Casa Chata.

----- (1983), “Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud”. Cuaderno N° 86 de la Casa Chata, México. 1985 a): "Centralización o autonomía". La "nueva" política del sector salud" en Boletín de Antropología Americana N° 10:85-95, México.

----- (1985), “Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud”, en *Cuadernos Médicos Sociales* N° 33: 3-34, Rosario.

**MURPHY, Elizabeth y DINGWALL, Robert** (2007), “Informed consent, anticipatory regulation and ethnographic practice”, en *Social Science & Medicine*. 65: 2223-2234.

**MUSTAPIC, Ana María** (2000), “Oficialistas y diputados: las relaciones Ejecutivo-Legislativo en la Argentina”, en *Desarrollo Económico*. Buenos Aires: IDES, Vol. 39, N°156, 571-595.

**MUZZOPAPPA Eva y VILLALTA Carla** (2011), “Los documentos como campo. Reflexiones teórico-metodológicas sobre un enfoque etnográfico de archivos y documentos estatales”, en: *Revista Colombiana de Antropología*, 47 (1), 13-42.

**NAVARRO, Daniel** (2010), “El mito de la peligrosidad”, en <https://psiquiatriaforense.wordpress.com/el-mito-de-la-peligrosidad-por-dr-daniel-navarro/>.

**PALACIOS, Agustina** (2008), *El modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*, Madrid, CERMI.

**PAWLOWICZ, María Pía** (2015), “Ley de salud mental. Apuesta a un cambio de paradigma y oportunidades para una reforma en las políticas de drogas”, ISSN 1853-8819, en *Voces del Fénix*, nro. 42.

**PIROVANO, PABLO** (2015), “Orden público en el contrato de arbitraje del código civil y comercial”, en: *Revista El Derecho*, 01/04/2015, no. 13.699.

**ROSENDO, Ernesto** (2011), “Desafíos en la implementación de la Ley Derecho a la protección de la Salud Mental (Ley N°26657)”, en A. Kimblit, A. Camarotti y G. Wald (ed.),

*IX Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en salud y población*, IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

**RUSSO, Jane, y VENÂNCIO, Ana Teresa.** (2006), “Classificando as pessoas e suas perturbações: a ‘revolução terminológica’ do DSM III”, en: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, IX(3), 460-483.

**SABIN PAZ, Macarena; DÍAZ JIMÉNEZ, Rosa; SOBERON REBAZA, Ana Sofía; RODRÍGUEZ GONZALEZ, Víctor; DE LA VEGA, Lucía y MARTINELLI, Augusto** (2016), “El litigio de reforma estructural como herramienta para la implementación de la LNSM: el caso Melchor Romero y la protección de los grupos vulnerables”, Trabajo realizado por el CELS en Revista del Ministerio Público de la Defensa.

**Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR, Stuart H, Akiyama T, Arboleda-Flórez J, Baumann AE, Gureje O, Jorge MR, Kastrup M, Suzuki Y, Tasman A.** (2009), WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry*. 2010 oct.;9(3):131-44. doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00296.x. PMID: 20975855; PMCID: PMC2948719.

**SARTI, Cynthia** (2011), “A vítima como figura contemporânea”. *Caderno CRH*, 24(61), 51-61.

**SNOW, David A. y BENFORD, Robert D** (1992), « Master frames and cycles of protest ». En : A.D. Morris, and C.M. Mueller (eds), *Frontiers in Social Movement Theory*. Yale University Press, New Haven, CT, pp. 133– 155.

**SNOW, David A. ; ROCHFORD, E. B. Jr. ; WORDEN, S. K. ; BENFORD R. D** (1986) « Frame Alignment Processes, Micromobilization, and Movement Participation » En: *American Sociological Review*, Vol. 51, No. 4. (Aug., 1986), pp. 464-481.

**SPINELLI, Gabriela** (2016), “El rol del Órgano de Revisión de Salud Mental en la prevención y protección de derechos humanos de las personas usuarias de servicios de salud mental”, en *Revista del Ministerio Público de la Defensa* No. 91, Buenos Aires. Disponible en: <http://www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/revista/Revista%20MPD%202016.pdf>.

**STOLKINER, Alicia** (2012), “Nuevos actores del campo de la salud mental”. Disponible en [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad2/0subunidad\\_2\\_3/stolkiner\\_nuevos\\_actores\\_del\\_campo.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/0subunidad_2_3/stolkiner_nuevos_actores_del_campo.pdf)

- RAPOPORT, Mario** (2013), *Historia económica, política y social de la Argentina (1880-2003)*, Buenos Aires, Ed. Emecé.
- SUREL, Yves** (1997), “Las políticas públicas como paradigmas”, en *Estudios Políticos* ISSN 0121-5167 N°33, Medellín.
- SAIEGH, Sebastián M.** (2010), “¿Jugadores activos o apéndices del ejecutivo? Una evaluación del papel de los legisladores latinoamericanos en la toma de decisiones”, en *Política y Gobierno*, vol. XVII, número 1, 3-24.
- SANAHUJA, José A.** (2019), “Crisis de la globalización, el regionalismo y el orden liberal: el ascenso mundial del nacionalismo y la extrema derecha”, en *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 28(1), 59-94. Epub 01 de junio de 2019. <https://doi.org/10.26851/rucp.28.1.3>
- SMULOVITZ, Catalina** (2008), “Organizaciones que invocan derechos. Sociedad civil y representación en la Argentina”, en *Revista POSTData: Revista de Reflexión y Análisis Político*, (13),51-79. [fecha de Consulta 29 de abril de 2021]. ISSN: 1151-209X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=52235601003>
- STINGO, Néstor; TORO MARTINEZ; ESPÍÑO, Gabriel y ZAZZI, María Cristina** (2006), *Diccionario de psiquiatría y psicología forense*, Buenos Aires, Editorial Polemos,
- SHUGART, Mathew y CAREY, John** (1992) *Presidents and Assemblies: Constitutional design and electoral dynamic*. Cambridge: Cambridge University Press.
- TOBAR, Federico** (2012),” Breve historia del sistema argentino de salud”. En: GARAY, O (Coordinador) *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal*. Buenos Aires. Editorial La Ley. 2012.
- (2017), “El modelo de salud argentino: historia, características, fallas-OMS-OPS”. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/148>
- TOSTA BERLINCK, Manuel** (2009), “La Reforma Psiquiátrica Brasileña: perspectivas y problemas. Salud Mental”, México, v. 32, n. 4, p. 265-267, agosto-2009. Disponible en <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252009000400001&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000400001&lng=es&nrm=iso)>.
- TOKATLIAN, Juan Gabriel** (2017), *Que hacer con las drogas. Una mirada progresista sobre un tema habitualmente abordado desde el oportunismo político y los intereses creados*, Buenos Aires, Ed. Siglo XXI.

**TSEBELIS, George y ALEMAN, Eduardo** (2005), "Presidential Conditional Agenda Setting in Latin America. World Politics", Vol. 57, No. 3, 396-420.

**VEZZETTI, Hugo** (1998), "Las psicologías del fin de siglo a la luz de su historia", en *Revista de Psicología General y Aplicada*, 51(1).

**WEBER, Max** (1978), *Economy and society*, Berkely, Ed. De G. Roth y C. Wittich, 2 vols.

**ZENOBI, Diego** (2014), *Familia, política y emociones. Las víctimas de Cromañon entre el movimiento y el Estado*, Buenos Aires, Ed. Antropofagia.

----- (2017), "Esperando justicia": Trauma psíquico, temporalidad y movilización política en la Argentina actual; Universidad del País Vasco. Facultad de Ciencias Sociales. Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva; Papeles del CEIC; 2017; 1; 1-2017; 1-27.2